

ANEXO II-A - MINUTA TERMO DE CONTRATO PLANO ODONTOLÓGICO

Odontológico Empresarial Estendido

Tipo de Contratação: Coletivo empresarial

Área de Atuação:

Segmentação: Odontológico

Pagamento:

Prestador:

Registro na ANS:

Contrato Número:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objeto a cobertura dos serviços de **assistência odontológica**, aos beneficiários regularmente inscritos pelo **CONTRATANTE**, para prestação continuada de serviços assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

1.2 É parte integrante deste contrato, para todos os efeitos de direito, a Proposta de Admissão de mesmo número do contrato, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes.

1.3 Por convenção adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao **CONTRATANTE** e ao(s) beneficiário(s) tanto do sexo masculino quanto do feminino.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

2.1 Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é a autarquia encarregada da regulação, da normatização, do controle e da fiscalização dos planos de saúde.

AGENTES POLITICOS: são os titulares dos cargos estruturais à organização política do País.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA OPERADORA: é a área de atuação da operadora.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO: é a área de atuação do plano, definida em contrato, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na **Contratada** que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula 4ª (quarta).

BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste contrato, é beneficiário titular aquele vinculado à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia, estatutária ou que já tenha sido vinculado à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, tendo sido demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado e, neste caráter, custeado parte ou integralidade do plano de saúde



oferecido pelo empregador, denominado também beneficiário ex-empregado, nos termos do previsto na Resolução Normativa RN 279, de 24 de novembro de 2011 da ANS.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: é aquele vinculado ao beneficiário titular conforme previsto contratualmente.

BENEFICIÁRIO EX-EMPREGADO: para efeito deste contrato, ex-empregado é aquele beneficiário titular que, em virtude de vínculo empregatício com o **CONTRATANTE**, tenha contribuído para o custeio do plano de saúde enquanto vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia e que tenha sido demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, nos termos do previsto na Resolução Normativa RN 279, de 24 de novembro de 2011 da ANS.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado nos termos do presente contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

COPARTICIPAÇÃO: é o montante, definido contratualmente em termos fixos ou percentuais, que o **CONTRATANTE** deve pagar para a operadora a cada evento, conforme especificado no objeto deste contrato e na Proposta de Admissão.

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

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

CONTRATO DE EX-EMPREGADOS: contrato de assistência à saúde contratado pela Pessoa Jurídica **CONTRATANTE** para os seus ex-empregados demitidos ou exonerados ou aposentados sem justa causa, que é acessório a este contrato, conforme disposições emanadas da ANS.

CONTRATADA: é a **Contratada**, qualificada na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados e credenciados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento e da legislação específica vigente.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica, qualificada na Proposta de Admissão, documento integrante deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados e estatutários.

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

DIRETRIZES CLÍNICAS: são os critérios definidos pela ANS para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Rol de Procedimentos.



DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO: são os critérios definidos pela ANS para a obrigatoriedade e cobertura de alguns procedimentos listados no Rol de Procedimentos.

ESTÁGIO: é a atividade prestada comumente por estudantes, nas empresas ou repartições públicas, visando ao aprimoramento profissional na sua área de estudo. O contrato é celebrado entre o estudante e o tomador, com a interveniência da instituição de ensino.

ESTATUTÁRIO: ocupantes de cargos públicos providos por concurso público, nos moldes do art. 37, II, da Constituição Federal, e que são regidos por um estatuto, definidor de direitos e obrigações;

EMERGÊNCIA: é o evento, caracterizado em declaração do médico / odontólogo assistente, que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.

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

GUIA ODONTOLÓGICO DO PLANO CONTRATADO: é o material que fornece informações sobre o uso e a rede credenciada conforme o plano contratado, podendo ser acessado também através da rede mundial de computadores pelo website.

HOSPITAL-DIA: é aquele próprio para a realização de qualquer procedimento médico que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e, tão somente neles, aplicar-se-á o estabelecido para internações comuns.

ODONTÓLOGO ASSISTENTE: na qualidade de odontólogo credenciado, é o profissional legalmente licenciado para a prática da odontologia e responsável pelo acompanhamento clínico do beneficiário, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e pela conduta realizada.

MENOR APRENDIZ: é todo jovem de mais de 14 (quatorze) anos e menos de 24 (vinte e quatro) anos matriculado em curso ou programa de aprendizagem e vinculado ao **CONTRATANTE**.

MENSALIDADE: cada um dos pagamentos efetuados pelo **CONTRATANTE** para custeio do plano de assistência à saúde.

MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL: definição da mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para empregados.

MOVIMENTAÇÃO ELETRÔNICA EMPRESARIAL: sistema de movimentação de clientes através da internet.

NOVO EMPREGO: 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.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos 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 para reproduzir sua forma e/ou sua função.

PROCEDIMENTO: é qualquer ato odontológico praticado e seus complementares entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias e terapias e seus respectivos materiais, nos termos do previsto no Rol de procedimentos vigentes a época do evento.

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

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento que integra o presente contrato para todos os efeitos legais, a ser preenchido pelo **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato e no qual o **CONTRATANTE** manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais do produto que está adquirindo.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela Lei 9.656/98, obedecidas as segmentações discriminadas no presente contrato.

SISTEMA Contratada: o conjunto de toda a **Contratada**, constantes da relação entregue ao **CONTRATANTE**.

TABELA DE REFERÊNCIA: lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

TERAPIAS: são procedimentos odontológicos curativos realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes.

TRABALHADOR TEMPORÁRIO: é aquele prestado por pessoa física ao **CONTRATANTE**, nos termos da Lei, para atender à necessidade transitória de substituição de pessoal regular e permanente ou ao acréscimo extraordinário de serviços.

Contratada: [Razão Social], inscrita no CNPJ sob nº xxxxxxxxxxxx, situada na cidade de xxxxxxxxxxxx, tel. xxxxxxxx, e-mail xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

URGÊNCIA: caracterizada pela necessidade de atendimento imediato.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 Os serviços ora contratados junto à **Contratada** serão prestados pelos profissionais da rede credenciada da operadora de planos odontológicos conforme o catálogo de serviços odontológicos entregue ao **CONTRATANTE** e descritos no website.

3.1.1 Os serviços serão prestados dentro do território brasileiro, conforme rede credenciada da operadora de planos odontológicos contratada descrita no catálogo de serviços odontológicos entregue ao **CONTRATANTE** e descritos no website.



3.2 Em caso de urgência e emergência, os serviços ora contratados serão prestados nas unidades de atendimento 24 (vinte e quatro) horas indicadas no catálogo de serviços odontológicos da rede credenciada escolhida.

3.3 A **Contratada** poderá a qualquer momento promover inclusões e exclusões nos itens anteriores comunicando o **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes são considerados beneficiários titulares a população delimitada e vinculada ao **CONTRATANTE** por relação empregatícia e/ou estatutária, regularmente inscritos como tais, conforme especificado na cláusula 2.1.2 do Anexo I – Termo de Referência.

4.2 São beneficiários dependentes, desde que devidamente comprovado o vínculo com o beneficiário titular, os constantes na cláusula 2.1.3 do Anexo I – Termo de Referência do Edital.

4.3 O ingresso do grupo familiar previsto nos itens 4.2 desta cláusula dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência a saúde.

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

5.1 O **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos e seus respectivos dados cadastrais, conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela **Contratada**, bem como o comprovante de vinculação do beneficiário titular com o **CONTRATANTE** e da situação de dependência, nos termos deste contrato.

5.2 O **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar à **Contratada**, por escrito ou por meio de sistema eletrônico, as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato, sendo certo que não gerarão efeitos em caso de erro de preenchimento pelo **CONTRATANTE**.

5.2.1 A **Contratada** se responsabilizará por ministrar o treinamento adequado à pessoa indicada pelo **CONTRATANTE**, que optar pelo sistema eletrônico. A **Contratada** prestará assistência à **CONTRATANTE**, solucionando dúvidas na implantação do sistema e durante o envio das informações. Essa assistência poderá ser por escrito, por e-mail, por telefone ou prestada diretamente na sede do **CONTRATANTE** ou da **Contratada**.

5.2.2 A **Contratada** não se responsabilizará pelos resultados de preenchimento e envio das informações, caso o sistema seja afetado por algum tipo de programa externo, ou aqueles normalmente conhecidos como “vírus”, por falha de operação ou operação por pessoas não autorizadas, bem como pelos danos ou prejuízos decorrentes de decisões administrativas, gerenciais ou comerciais tomadas com base nas informações fornecidas pelo **CONTRATANTE**.

5.2.3 O **CONTRATANTE** manterá seu cadastro atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas consequências advindas da não informação em tempo hábil, ou por fornecimento de informação inexata para disponibilização ou cancelamento dos serviços pactuados. Atenderá, ainda, às solicitações de documentação feitas pela **Contratada**, no prazo de 72 (setenta e duas) horas da data de recebimento da solicitação.



5.4 Ressalvadas as hipóteses previstas na cláusula sexta deste instrumento, o **beneficiário** que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção poderá ser excluído do contrato, quando:

- a) o **CONTRATANTE** solicitar por escrito ou por meio eletrônico a exclusão;
- b) o beneficiário titular perder o vínculo com o **CONTRATANTE**;
- c) houver prática de ato ilícito ou fraude contra o plano;
- d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **Contratada** pelo **CONTRATANTE**;
- e) perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato.

5.4.1 A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivo(s) dependente(s).

5.4.2 A comunicação do falecimento do beneficiário titular é obrigação contratual do **CONTRATANTE** e, até que o faça formalmente, permanecerá responsável pelas obrigações financeiras decorrentes da manutenção do beneficiário falecido no plano de saúde odontológico.

5.5 O **CONTRATANTE** se obriga, quando das exclusões, a devolver para a **Contratada** os respectivos cartões de identificação do beneficiário titular e de eventuais dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da exclusão daquele. Não o fazendo, arcará com os ônus, em custo operacional, de qualquer utilização indevida por parte do(s) beneficiário(s) excluído(s) ou de seus dependentes, valores estes que serão incluídos na fatura mensal de serviços ou objeto de fatura especificamente emitida pela **Contratada**.

CLÁUSULA SEXTA – DA PERMANÊNCIA DO EX-EMPREGADO NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE

SEÇÃO I – DO DIREITO DE PERMANÊNCIA

6.1 Conforme legislação vigente é assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano de saúde contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício com o **CONTRATANTE**, no caso de rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário e do seu grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade e seja feita a opção de permanência no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano.

6.1.1 O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor – nos termos deste contrato - com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

6.2 Conforme legislação vigente é assegurado ao aposentado que contribuir para o plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manter sua condição de beneficiário e do seu grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho, por tempo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade e seja feita a opção de permanência no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano.

6.2.1 Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no item acima é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade e



seja feita a opção de permanência no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano.

6.2.2 O **CONTRATANTE** deve garantir para o empregado aposentado que permaneça trabalhando e venha a se desligar, o direito à sua manutenção como beneficiário, nos termos do item 6.2 acima e a todos os benefícios decorrentes dessa condição previstos neste contrato e na legislação vigente.

6.3 Se o **CONTRATANTE** houver promovido a sucessão de planos de saúde de operadoras diversas, nos quais tenha ocorrido custeio pelo beneficiário ex-empregado, é obrigado a somar os prazos de contribuição relativos aos planos regulados pela Lei 9656/98 ou adaptados às suas disposições, garantindo a manutenção da condição de beneficiário ao ex-empregado pelo período correspondente, calculado na forma deste contrato.

6.3.1 A mesma regra se aplica a sucessão de planos em virtude de processo de fusão, incorporação ou cisão do **CONTRATANTE**, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho do beneficiário.

6.4 Nos termos da legislação vigente, ocorrendo a mudança de Operadora, o **CONTRATANTE** deverá contratar o plano de saúde com a mesma operadora para beneficiários empregados ativos e beneficiários ex-empregados, em ambos os casos com seus grupos familiares.

6.5 É responsabilidade do **CONTRATANTE** garantir a cobertura das vantagens e benefícios adquiridos pelo beneficiário decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

SEÇÃO II – DAS OPÇÕES DO EMPREGADOR RELACIONADAS À MANUTENÇÃO DO EX-EMPREGADO

6.6 Para a efetivação do disposto nas cláusulas acima o **CONTRATANTE** deverá optar expressamente por:

6.6.1 Manter o beneficiário ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão sem justa causa ou aposentadoria, observando-se que serão mantidas as mesmas condições de reajuste, preço, fator moderador e regras de faturamento do contrato vigente.

6.6.1.1 Se o plano em que se encontrava o beneficiário ex-empregado quando da sua demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria tiver formação de preços pós-estabelecido na opção rateio, o **CONTRATANTE** somente poderá optar por contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados, nos moldes das disposições contidas no item 6.6.2.

6.6.1.2 O **CONTRATANTE** e a **Contratada** devem informar ao beneficiário ex-empregado que o valor da contraprestação pecuniária a ser paga por ele corresponderá ao valor integral estabelecido na tabela de custos, com as devidas atualizações.

6.6.1.3 Se o **CONTRATANTE** optar por subsidiar o valor relativo ao beneficiário ex-empregado ou promover a participação dos empregados no seu financiamento, deve comprovar que explicitou a todos os beneficiários os valores definidos e a forma de participação.

6.6.2 Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados, que obrigatoriamente deverá ter a mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, área

geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados do CONTRATANTE.

6.6.2.1 O **CONTRATANTE** pode optar por contratar plano privado de assistência à saúde na mesma segmentação com rede assistencial e área geográfica de abrangência diferenciados do contrato mantido para seus empregados, como alternativa mais acessível aos ex-empregados, mas deverá informar a escolha expressa do beneficiário para a **Contratada**, no ato da contratação ou inclusão.

6.6.2.2 O contrato de que trata o item **6.6.2** poderá conter condições de reajuste, preço e faixa etária diferenciadas do contrato de plano de saúde oferecido para os empregados do **CONTRATANTE**.

6.6.2.3 O **CONTRATANTE** não poderá pactuar plano com formação de preço pós-estabelecida para oferta a seus ex-empregados e o custeio integral do plano pelos beneficiários deverá ser na modalidade de pré-pagamento com contraprestação pecuniária diferenciada por faixa etária.

6.6.2.4 O **CONTRATANTE** poderá subsidiar o plano de que trata o item **6.6.2** ou promover a participação dos seus empregados no seu custeio, desde que comprove a comunicação dos valores praticados e da contribuição que caberá a cada um.

SEÇÃO III – DA CONTRIBUIÇÃO

6.7 O tempo de contribuição do beneficiário, conforme definido nesse contrato, é considerado para o cálculo do tempo de gozo do direito previsto nesta cláusula. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito de permanência na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.

6.7.1 As condições explicitadas nesta seção devem ser aferidas e declaradas pelo **CONTRATANTE** à **Contratada**, nos termos deste instrumento, remetidas as comprovações sempre que requeridas por esta, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

6.7.2 A adaptação ou migração de um contrato não regido pela Lei 9.656/98 para um por esta regulado permitirá a contagem de tempo para manutenção da condição de beneficiário, se tiver ocorrido contribuição ou custeio da contraprestação pecuniária por parte do beneficiário titular quando da vigência do contrato anterior a Lei 9.656/98.

6.7.3 Não proporciona a aquisição do direito à manutenção na condição estabelecida nesta cláusula o custeio ou contribuição em planos privados de assistência à saúde com preço pós-estabelecido.

6.8 Os valores pagos referentes à coparticipação e/ou franquias não serão considerados como contribuição para aquisição do direito à manutenção da condição de beneficiário aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados ou contagem de prazo para aferição do período de permanência na condição de beneficiário ex-empregado.

6.9 O **CONTRATANTE** se obriga a comunicar à **Contratada** eventual alteração da forma de custeio do plano, para fins de aplicação das disposições do presente instrumento.

SEÇÃO IV – DA EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

6.10 A manutenção da condição de beneficiário ex-empregado prevista nessa cláusula é extensiva ao seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

6.11 O direito de permanência dos beneficiários dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular está adstrito às mesmas condições pactuadas para a permanência do beneficiário ex-empregado. Este assumirá a responsabilidade pelo pagamento do valor integral das mensalidades.



6.12 Durante a permanência de que trata essa cláusula, o beneficiário ex-empregado poderá incluir filhos e cônjuge, respeitados os trâmites de inclusão de beneficiários e os prazos de carência estipulados no presente contrato.

6.13 A condição de permanência do beneficiário ex-empregado e de seus respectivos dependentes deixará de existir quando da sua admissão em novo emprego.

6.13.1 O **CONTRATANTE** deve informar ao beneficiário ex-empregado, no termo de opção que lhe faculta permanecer na condição de beneficiário, que este é obrigado a comunicar imediatamente à **Contratada** seu ingresso em novo emprego ou atividade remunerada, sob pena de arcar com os custos reais dos procedimentos realizados após a obtenção de novo emprego.

6.14 Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes que estiverem inscritos quando da extinção do contrato de trabalho, nos termos dispostos neste contrato, devendo o **CONTRATANTE** apresentar à **Contratada** o termo de opção do beneficiário ex-empregado que discrimine a relação dos dependentes que serão mantidos nesta condição.

SEÇÃO V – DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

6.15 O **CONTRATANTE** é obrigado a apresentar ao beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa comunicação FORMAL de que poderá optar pela permanência no plano de saúde, devendo a opção ser feita no prazo de 30 (trinta) dias, contados desta comunicação.

6.16 O **CONTRATANTE** somente poderá requerer a exclusão de beneficiário do plano se informar:

6.16.1 Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

6.16.2 Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa havia se aposentado e permaneceu trabalhando na mesma empresa;

6.16.3 Se o beneficiário contribuía para o custeio do plano privado de assistência à saúde e como o fazia;

6.16.4 Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

6.16.5 Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

6.17 O beneficiário somente será excluído do plano pela **Contratada** mediante comprovação, pelo **CONTRATANTE**, do comunicado para exercício da opção de permanência na condição de beneficiário ex-empregado bem como das informações contidas no item anterior e seus subitens.

6.17.1 O **CONTRATANTE** é o responsável pela comprovação e veracidade das informações aqui mencionadas e pela movimentação dos beneficiários ex-empregados.

6.17.2 Caso a **Contratada** seja demandada, judicial ou administrativamente, em virtude de omissão ou ação culposa do **CONTRATANTE** no cumprimento desta obrigação, este deverá indenizá-la da totalidade dos custos financeiros envolvidos na demanda – inclusive eventuais danos morais.

6.18 O **CONTRATANTE** deverá remeter para a **Contratada**, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da requisição, qualquer documentação comprobatória das declarações que compõem o item 6.16 e 6.17 e seus subitens.

SEÇÃO VI – DA EXTINÇÃO DO DIREITO DE PERMANÊNCIA

6.19 Extingue-se o direito de permanência na condição de beneficiário ex-empregado:

6.19.1 Pelo decurso desse prazo de permanência, calculado e exercido na forma deste contrato, extinguindo-se da mesma maneira o direito quanto à manutenção dos dependentes;

6.19.2 Pela admissão do beneficiário em novo emprego, extinguindo-se da mesma maneira o direito quanto à manutenção dos dependentes;



6.19.3 Pela extinção do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados, extinguindo-se da mesma maneira o direito quanto à manutenção dos dependentes;

6.19.4 Pela manifestação de vontade expressa, comprovada pelo **CONTRATANTE**, renunciando à manutenção de sua condição de beneficiário, extinguindo-se da mesma maneira o direito quanto à manutenção dos dependentes;

6.19.5 Pela ausência/omissão de manifestação no prazo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação do **CONTRATANTE**, nos termos deste contrato.

6.20 No caso de rescisão do presente contrato, será automaticamente rescindido o contrato de ex-empregados, não cabendo qualquer obrigação à **Contratada** pelo cumprimento dos períodos em que os beneficiários ainda teriam direito de cobertura.

6.21 As demais cláusulas do presente contrato aplicam-se aos beneficiários ex-empregados e dependentes, sem restrições.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

7.1 Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a **Contratada** fornecerá o cartão individual de identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do beneficiário aos serviços referenciados. Cabe a **Contratada** o direito de adotar, a qualquer momento novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.

7.1.1 Esclarece-se desde já, que para a utilização da rede, os beneficiários receberão um cartão específico e individualizado para atendimento de odontólogos da rede da contratada, quanto ao uso da rede de odontólogos da **Contratada**, os beneficiários utilizarão o cartão individual específico da **Contratada**.

7.2 Ocorrendo a perda ou o extravio do cartão individual de identificação, o **CONTRATANTE** deverá solicitar, a emissão de segunda via. Neste caso a **Contratada** poderá cobrar pela emissão do novo cartão.

7.3 É obrigação do **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **Contratada**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes diretamente do uso indevido desses documentos. Nestas hipóteses, a **Contratada** está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do beneficiário.

7.3.1 Considera-se uso indevido a comprovada utilização desses documentos para obter atendimento, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

7.4 O **CONTRATANTE** não será responsável, a qualquer título, pela utilização inapropriada do cartão após a comunicação de sua perda ou extravio à **Contratada**, sendo responsabilidade desta providenciar o cancelamento do cartão dentro dos prazos previstos nas movimentações, sejam elas em papel ou meio eletrônico, feita pelo **CONTRATANTE**, de modo a evitar a sua utilização indevida por terceiros.

CLÁUSULA OITAVA – DO PLANO CONTRATADO

8.1 O presente plano de prestação de serviços odontológicos é pactuado sob a modalidade de **contratação coletivo empresarial**, e que tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, com a previsão de inclusão dos dependentes legais da massa populacional a este vinculada.

8.2 Este contrato é bilateral, o que significa que gera direitos e obrigações para ambas as partes na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito as disposições do Código de Defesa do Consumidor.



8.3 Os beneficiários farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura básica prevista neste contrato, utilizando-se exclusivamente dos serviços contratados ou credenciados, nos termos do guia odontológico do plano contratado.

8.4 O plano contratado compreende as coberturas de serviços odontológicos.

CLÁUSULA NONA – DAS COBERTURAS

9.1 A **Contratada** cobrirá os custos, em conformidade com art.12, IV, da Lei nº 9.656/98 nos limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos procedimentos odontológicos, previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

9.2 Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos, previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, observadas as Diretrizes de Utilização e demais disposições legais relativas à espécie.

CLÁUSULA DÉCIMA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

10.1 Estão excluídos da cobertura os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento e em desacordo com as Diretrizes de Utilização editados pela ANS, além dos provenientes de:

I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos. Exemplo: Clareamento Dental;

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

IV - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

V - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

VI - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

VI – Ortéses e próteses com finalidade estética, implantes dentários e próteses sobre implantes;

VII - Prótese parcial removível ou fixa (Roach e Ponte Fixa), prótese total removível (Dentadura);

VIII - Todos os procedimentos da especialidade Ortodontia;

IX - Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas odontológicas;

X – Consulta nas especialidades que não constam do Rol de procedimentos odontológicos como implantodontia, ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS CARÊNCIAS

11.1 Os serviços previstos neste contrato serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

Procedimento	Prazo
atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
consultas e demais procedimentos	90 (noventa) dias

11.2 Contratada a ampliação da cobertura, os beneficiários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.

11.3 Os prazos de carência acima serão contados a partir do termo inicial da vigência em relação a cada beneficiário inscrito no presente contrato.



11.4 No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual 30 (trinta), não será exigido o cumprimento de prazos de carência, **desde que a inclusão do beneficiário titular ou a de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao plano (vigência inicial, casamento, nascimento, vinculação ao CONTRATANTE).**

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

12.1 Serão assegurados aos beneficiários os serviços odontológicos previstos neste contrato, prestados através da rede odontológica escolhida na proposta de admissão, por meio de seus profissionais credenciados e rede contratada, conforme constante do guia de serviços odontológicos.

12.2 As consultas odontológicas serão marcadas diretamente com o cirurgião-dentista credenciado da preferência do beneficiário constante do catálogo de serviços odontológicos, ressalvadas as urgências e as emergências.

12.3 Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia serão prestados pela rede credenciada ou contratada, mediante solicitação do dentista.

12.4 Nos casos de urgência, os serviços serão prestados nas unidades de atendimento 24 (vinte e quatro) horas indicadas no CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS..

12.5 O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

12.6 A **Contratada** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com dentistas credenciados ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

12.7 Será entregue ao **CONTRATANTE** o catálogo de serviços odontológicos do plano contratado, informando a relação de seus prestadores de serviços e dentistas, estando esta relação disponível também através do website.

12.8 A **Contratada** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

12.9 A **Contratada** reserva-se o direito de exigir perícia odontológica no caso de situações de divergências odontológicas, cabendo a definição do impasse a ser dirimida através da junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por dentista da rede credenciada e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da prestadora de serviços odontológicos.

12.10 Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia serão prestados pela rede credenciada ou contratada, mediante solicitação do dentista.

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

12.12 Quando houver indisponibilidade comprovada de prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a **Contratada** providenciará:

a) oferta de outro prestador que não integre a rede assistencial no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e área de atuação do produto para o qual requereu atendimento o beneficiário; ou

b) oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento.

12.13 Todo e qualquer pagamento a prestador não integrante de sua rede assistencial deverá ser negociado e efetuado pela **Contratada**.



12.14 Se a indisponibilidade, nos termos da regulamentação da ANS, for total e absoluta a **Contratada** providenciará o transporte do beneficiário a prestador apto para realizar o atendimento/procedimento e o seu retorno.

12.15 Quando comprovadamente inexistir prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a **Contratada** providenciará:

- a) oferta de outro prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento; ou
- b) oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município para qual o beneficiário requereu o atendimento
- c) Nos casos acima, o transporte correrá à custa do beneficiário.

12.16 Comprovando-se a inexistência no município de origem, nos municípios limítrofes e na região de saúde, a **Contratada** providenciará o transporte do beneficiário até prestador apto a realizar o procedimento/atendimento e o seu retorno, escolhendo o meio em conformidade com a condição de saúde do beneficiário.

12.16.1 Na eventualidade da ocorrência descrita no item acima, ficará a critério do beneficiário o acompanhamento ou não de uma pessoa maior de 18 (dezoito) anos e de plena capacidade à prática de todos os atos da vida civil.

12.17 A garantia de transporte prevista nos itens acima não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

13.1 A **Contratada** assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro do território nacional, quando não for, comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.**

13.2 O reembolso será calculado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços praticados pela prestadora de serviços odontológicos escolhida na proposta de admissão, vigente à data do evento, entregue ao **CONTRATANTE**. Ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do odontólogo assistente, no qual constarão o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento,
- c) recibos individualizados de honorários do odontólogo assistente, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do odontólogo assistente.

13.3 **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.**

13.4 **O BENEFICIÁRIO perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.**

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

14.1 As mensalidades são estabelecidas por um valor único independente da faixa etária do beneficiário inscrito.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO



15.1 O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **Contratada**, por meio de emissão de fatura, o valor da mensalidade correspondente a cada beneficiário, titulares ou dependentes, inscritos neste contrato, constantes na Proposta de Admissão, bem como taxa de inscrição, que poderão ser cobradas em faturas distintas.

15.2 As faturas das mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, sendo que a sua exigência se dará com a emissão dos respectivos documentos de cobrança.

15.3 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 que haja qualquer penalização ao **CONTRATANTE**.

15.4 As faturas emitidas pela **Contratada** serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no sistema da **Contratada**, informados anteriormente pelo **CONTRATANTE**.

15.4.1 A movimentação de um período, inclusão e exclusão de beneficiários, serão processadas no faturamento do mês subsequente.

15.5 Se o **CONTRATANTE** não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **Contratada** para que não se sujeite às consequências da mora.

15.6 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros mensais e atualização monetária calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa mensal incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

15.6.1 O inadimplemento das obrigações financeiras acarretará a inclusão dos dados do **CONTRATANTE** nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC e assemelhados), além de sujeitar, a critério da **Contratada**, a suspensão total dos atendimentos e rescisão do contrato, por sua culpa, conforme abaixo.

15.7 O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, facultará a **Contratada** a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da **Contratada** denunciar o contrato.

15.8 A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, nesse caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever do **CONTRATANTE** pagar à **Contratada** o respectivo custo operacional, aferido através da tabela de referência, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

15.9 A mudança de estrutura societária, incorporação, fusão, cessão, transformação do **CONTRATANTE** não impossibilitarão o pagamento das faturas emitidas em decorrência do exposto acima, sendo o seu **sucessor** integralmente responsável pelo pagamento das obrigações contratuais decorrentes deste contrato, não podendo se eximir da condição de sucessor de direitos e obrigações.

15.9.1 As modificações acima descritas deverão ser comunicadas pelo **CONTRATANTE** a **Contratada**, sendo remetidos os documentos relacionados aos processos societários, com comunicação expressa de intenção de manutenção do contrato ou de sua rescisão, em conformidade com o descrito acima.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

16.1 Os valores de mensalidade deste contrato serão reajustados e informados à Agência Nacional de Saúde Suplementar, pelo IGP-M (Índice Geral de Preços de Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo.



16.1.1 As partes acordam que o reajuste se dará no prazo mínimo de 12 meses do início do contrato, através de termo de apostilamento, divulgado 01 (um) mês antes da data do efetivo reajuste, utilizando-se o IGP-M acumulado nos últimos 12 (doze) meses contados da data da divulgação.

16.1.2 Se, por inércia ou omissão da **CONTRATANTE** dos serviços, o reajuste não for efetuado na ocasião discriminada acima, quando de sua aplicação retroagirão os seus efeitos até a data contratualmente eleita para sua realização, sendo líquidos e exigíveis os valores relativos a esse período.

16.2 Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustes em período inferior, estes serão aplicados imediatamente a este contrato.

16.3 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

17.1 Este contrato terá duração de 60 (sessenta) meses a partir de **01/05/2021**, com base no artigo 57, II, da Lei 8.666, de 1993.

17.3 Ocorrendo o cancelamento durante a vigência, serão aplicadas as penalidades previstas na cláusula “DA RESCISÃO DO CONTRATO”.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

18.1 A Contratada poderá rescindir este contrato, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

18.1.1 O contrato também poderá ser cancelado:

a) pela Contratada, no caso de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude ou de dolo pelo **CONTRATANTE** e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano;

b) pela Contratada em caso de falência, recuperação judicial e recuperação extrajudicial do **CONTRATANTE**;

c) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais.

18.2 Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado à qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

18.2.1 Se, no caso de rescisão dentro do período de vigência e por iniciativa do **CONTRATANTE**, o custo operacional dos serviços utilizados for superior ao valor apurado conforme o item acima está facultado à **Contratada** faturar a diferença, a título de penalidade, diante do franco prejuízo a que está sujeita pela rescisão antecipada.

18.3 Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:

a) a responsabilidade da **Contratada** quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, a partir daí, tais despesas não serão de responsabilidade da **Contratada**;

b) durante o prazo de aviso prévio, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários, exceto novo cônjuge e filhos em conformidade com este contrato.

18.4 O **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **Contratada**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar



ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

18.5 Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato.

18.6 Em caso de cancelamento ou rescisão deste contrato, os beneficiários poderão firmar contrato individual/familiar odontológico, junto a **Contratada**, no prazo de 30 (trinta) dias, sem a necessidade de cumprimento de **novos** prazos de carência.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1 O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **Contratada**, para todos os efeitos legais.

19.2 A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como intimação do **CONTRATANTE** e de seus beneficiários, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

19.3 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Por esse motivo, qualquer alteração das normas que implique a necessária modificação do que aqui foi avençado sujeitará **O CONTRATANTE** a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

19.4 A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever de **O CONTRATANTE** pagar à **Contratada** o respectivo custo, aferido por meio da tabela de referência.

19.5 À **Contratada** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

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

19.7 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

19.8 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão.

19.9 É obrigação do **CONTRATANTE** fornecer ao beneficiário, no ato da inscrição, uma cópia do inteiro teor deste contrato, bem como do guia odontológico do plano contratado.

19.10 Fica eleito o foro da sede da **Contratada** para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Belo Horizonte,

ASSINATURAS

TESTEMUNHAS:

NOME:
CI :

NOME:
CI: