OdontoGroup
Saúde Começa aqui

Contrato entre Operadora de Planos de Saúde Odontológicos e Administradora de Benefícios de Saúde, a seguir qualificadas:

Qualificação da Operadora

Operadora			
Razão Social: **OdontoGroup Sistema de Saúde Ltda**			
Nome Fantasia: OdontoGroup		CNPJ: 02.751.464/0001-65	
Endereço (rua, número, complemento): SAUS Quadra 04 Bloco A Sala 1101 – Ed. Victória Office Tower			Bairro: Setor de Autarquias Sul
CEP: 70.070-938	Cidade: Brasília	UF: DF	Telefone: 61.3421-0000

Qualificação da Administradora

Administradora			
Razão Social: **ELO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA**			Nº Registro ANS: 41842-1
Nome Fantasia: **Grupo Elo Seguros e Benefícios**		CNPJ: **13.122.792/0001-19**	
Endereço (rua, número, complemento): ST SHIS, QI 05, Conjunto C, Bloco F, Nº 130, Sala **312**			Bairro: LAGO SUL
CEP: 71.615-560	Cidade: BRASÍLIA	UF: DF	Telefone: (61) 3364-2002
Representante Legal: Paula Scafuto Rocha Mello Fernandes			Nacionalidade: Brasileira
Cargo/Função: Sócia	Habilitação SUSEP:		Estado Civil: Casada
CPF: 830.339.551-34	RG: 1025173 SSP-DF		Profissão: Advogada

Anexar para a Operadora a cópia dos seguintes documentos: contrato social atualizado e comprovante do endereço da ADMINISTRADORA, e, do representante legal, CPF, RG e procuração.

Considerando:

a) Que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** e **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** serão, conjuntamente, designadas como **PARTES**;

b) Que as **PARTES** estão devidamente registradas e regulamentadas e se submetem plenamente à Agência Nacional de Saúde Suplementar, doravante denominada ANS, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde;

c) Que as **PARTES** conhecem e atendem o previsto na Lei 9656 de 03/06/1998 e suas posteriores alterações e legislação complementar, referentes à assistência suplementar à saúde, doravante denominada LEGISLAÇÃO SAÚDE SUPLEMENTAR ou LSS;

d) Que a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** mantém planos privados de assistência odontológica para Pessoas Jurídicas e seus **BENEFICIÁRIOS** através de produtos regularmente registrados na ANS, doravante denominados Planos;

e) O interesse de Segmentos de Pessoas Jurídicas de Caráter Profissional, Classista, Setorial ou Outros, devidamente legitimados nos termos da LSS - LEGISLAÇÃO SAÚDE SUPLEMENTAR – em especial o disposto na forma do Art. 9º da RN nº 195 de 14/07/2009, doravante denominados **ENTIDADES** em oferecer Planos Odontológicos a seus Associados;

f) O interesse de Segmentos de Pessoas Jurídicas de Caráter Empresarial ou Estatutária, devidamente legitimados nos termos da LSS - LEGISLAÇÃO SAÚDE SUPLEMENTAR – em especial o disposto na forma do Art. 5º da RN nº 195 de 14/07/2009, doravante denominados **EMPRESAS** em oferecer Planos odontológicos a seus Funcionários;

g) O interesse da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** em ofertar aos associados das **ENTIDADES** e aos funcionários das **EMPRESAS** os seus Planos Odontológicos e que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** possui acordo operacional com as **ENTIDADES** e com as **EMPRESAS** para prestar serviços para contratação, gestão operacional, gestão administrativa e gestão financeira dos Planos Odontológicos aos associados das **ENTIDADES** e aos funcionários das **EMPRESAS**;

h) **Resolvem** firmar o presente Contrato de não Estipulação de Planos Odontológicos, em razão da necessidade de atribuir definições e conceitos com vistas a melhor operacionalidade dos objetos dos instrumentos firmados entre as **PARTES**, com os seguintes termos e condições:

CONDIÇÕES OPERACIONAIS DO CONTRATO

1. Objeto

1.1. O presente instrumento tem por Objeto conceder à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** a gestão administrativa e financeira de Planos de Saúde Odontológica Coletivos por Adesão e Coletivos Empresariais das pessoas ligadas às **ENTIDADES** e às **EMPRESAS**, desde que devidamente aprovadas pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, bem como a seus respectivos dependentes, doravante denominados **BENEFICIÁRIOS**, respeitadas as condições estabelecidas nos Planos e os limites previstos na **RN 196/2009**, suas alterações e ou substituições;

1.2. Serão considerados **BENEFICIÁRIOS** as pessoas naturais, vinculadas às **ENTIDADES** e que atendam ao disposto no **Art. 9º da RN 195/2009** e que sejam encaminhadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para adesão ao Planos Odontológicos;

1.3. Serão considerados **BENEFICIÁRIOS** as pessoas naturais, vinculadas às **EMPRESAS** e que atendam ao disposto no **Art. 5º da RN 195/2009** e que sejam encaminhadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para adesão ao Planos Odontológicos;

1.4. Para a execução da prestação de serviços aqui contratada a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** utilizará a logomarca específica autorizada, por escrito, pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, que identificará o Plano Odontológico dos **BENEFICIÁRIOS** das **ENTIDADES** e das **EMPRESAS**;

1.5. Os Planos Odontológicos oferecidos pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** deverão cobrir os custos relativos aos atendimentos previstos no Rol de Procedimentos da ANS em Odontologia, conforme a legislação em vigor e conforme registro do plano na ANS.

2. Obrigações da Odontogroup Sistema de Saúde

2.1. São obrigações da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, sem prejuízo das demais regras e condições, também presentes neste instrumento:

2.1.1. É vedado à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** remeter aos cuidados dos **BENEFICIÁRIOS** qualquer comunicação ou correspondência que envolva os Planos Odontológicos administrados pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, sem o seu prévio conhecimento e expresso consentimento;

2.1.2. Observado o disposto na LSS – LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR e Legislação Brasileira vigente, a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** não poderá interferir na execução das atividades desenvolvidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para o cumprimento da gestão administrativa e financeira dos Planos Odontológicos previstos neste instrumento, desde que não contrariem a Lei e os Termos dos Contratos de Planos Odontológicos, ficando sob análise e coordenação da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** os serviços prestados;

2.1.3. A **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** é a única e exclusiva responsável pela prestação de serviços de assistência odontológica de acordo com a LSS – LESGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.

3. Obrigações da Administradora de Benefícios

3.1. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** é a única e exclusiva responsável pela prestação de serviços de gestão administrativa e financeira de Planos Odontológicos, devendo responder em juízo ou fora dele perante os **BENEFICIÁRIOS** que aderirem ao Plano Odontológico, inclusive substituindo a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** na hipótese deste ser arrolado no polo passivo de eventuais ações judiciais, quando ocasionado por sua exclusiva atividade;

3.2. Assumir as responsabilidades, integral e isoladamente, pela gestão administrativa e financeira dos Planos Odontológicos Coletivos por Adesão e Coletivos Empresariais, previstos neste instrumento, devendo, para tanto:

3.2.1. Responsabilizar-se pelos pagamentos das faturas mensais que serão emitidas pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** referentes aos Planos Odontológicos, à despeito da inadimplência dos **BENEFICIÁRIOS**;

3.2.2. Estabelecer rotinas e processos com a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**;

3.2.3. Distribuir material obrigatório por Lei aos **BENEFICIÁRIOS**;

3.2.4. Administrar a movimentação cadastral diária, especialmente a inclusão e exclusão de **BENEFICIÁRIOS**;

3.2.5. Remeter as informações processadas para a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**;

3.2.6. Atender os **BENEFICIÁRIOS** inscritos nos Planos Odontológicos Coletivos por Adesão e Coletivos Empresariais via Call Center, relativos às questões cadastrais, questionamentos sobre

pagamentos, pedidos de inclusão de novos dependentes, cancelamentos, entre outras funções compatíveis com as obrigações ora assumidas;

3.2.7. Realizar a auditoria e zelar pela veracidade de cadastro e dos valores cobrados pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**;

3.2.8. Fornecer material humano e suporte técnico suficientes para o cumprimento das obrigações pactuadas nesse instrumento;

3.2.9. Centralizar toda comunicação formal feita entre a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e os **BENEFICIÁRIOS** dos Planos Odontológicos Coletivos por Adesão e Coletivos Empresariais, exceto aquela relativa à cobertura assistencial de saúde e atendimentos para consultas e procedimentos, de responsabilidade da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**;

3.2.10. Respeitado o disposto na LSS – LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, definir a seu exclusivo critério a melhor forma de cobrança dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos nos Planos Odontológicos Coletivos por Adesão e Coletivos Empresariais, bem como o seu local e espaço físico para a execução das suas atividades;

3.2.11. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** poderá contratar serviços de terceiros que julgar necessários à execução de suas funções, desde que tais contratações não impliquem em quaisquer ônus à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, às **ENTIDADES**, às **EMPRESAS** ou aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos nos Planos Odontológicos, salvo quando houver autorização expressa das **PARTES**, a ser firmada em termo próprio;

3.2.12. Participar das negociações de todos os reajustes que serão repassados aos **BENEFICIÁRIOS** dos Planos Odontológicos Coletivos por Adesão e Coletivos Empresariais, incluindo os estudos técnicos específicos para a configuração de desequilíbrio econômico-financeiro contratual;

3.2.13. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** se obriga a dar ciência ao **BENEFICIÁRIO**, à **ENTIDADE** e/ou à **EMPRESA** de todas as cláusulas e condições do Contrato de Assistência Odontológica e seus Anexos, para que os mesmos tomem conhecimento de seus direitos e obrigações, inclusive se solicitado pelo **BENEFICIÁRIO**, a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** se obriga a ceder aos mesmos cópia das cláusulas que embasam e constituem os documentos legalmente instituídos, quais são: Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e Guia de Leitura Contratual (GLC);

3.2.14. Todas as despesas, bem como os ônus tributários, fiscais, trabalhistas e previdenciários necessários ou decorrentes da prestação de serviços pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, objeto deste instrumento, ficarão a seu cargo, inclusive na relação da mesma com seus funcionários e terceiros;

3.2.15. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** não poderá interferir na execução das atividades desenvolvidas pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** para o cumprimento da prestação de serviços de assistência odontológica.

4. Legitimidade e Elegibilidade

4.1. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e a Pessoa Jurídica contratante – **ENTIDADE** ou **EMPRESA**, na condição de representante, mediante formalização de contrato coletivo para assistência odontológica;

4.2. Os contratos firmados entre **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e **ENTIDADE** ou **EMPRESA**, através da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, deverão seguir as normas contratuais registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de acordo com o plano escolhido, modalidade de contratação e instrumentos jurídicos da Operadora, inclusive quanto ao cancelamento, quando este for solicitado pela **ENTIDADE** ou **EMPRESA**;

4.2.1. Para cada **ENTIDADE** ou **EMPRESA**, a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** deverá firmar novo contrato de Plano para Assistência Odontológica;

4.3. Caberá à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** comprovar a legitimidade da Pessoa Jurídica Contratante, seja ela **ENTIDADE** ou **EMPRESA**, na forma da LSS – LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, especialmente os dispostos nas **RN's 195/2009 e 196/2009**, e em suas alterações posteriores e legislação complementar;

4.3.1. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** deverá enviar para a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** as cópias dos documentos comprobatórios, conforme normatizado no contrato do Plano Assistência Odontológica, juntamente com a Proposta de Adesão;

4.4. Caberá à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** comprovar a condição de elegibilidade do **BENEFICIÁRIO** inscrito e seus dependentes, na forma da LSS – LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, especialmente os **artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009**, e em suas

alterações posteriores e legislação complementar e, ainda, exigir a documentação necessária para cumprir as Condições de Admissão contidas nos Planos de Assistência Odontológica Coletivos por Adesão e Coletivos Empresariais;

4.4.1. Os referidos documentos ficarão sob a guarda física da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, podendo a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** exigir dita comprovação e condição junto à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, a qualquer tempo, e estes serão disponibilizados, mediante solicitação da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, especialmente quando com a finalidade de prover respaldo a qualquer questionamento jurídico ou regulatório, na forma solicitada pelo órgão questionador;

4.4.2. A qualquer tempo, durante a relação contratual, mediante a comprovação de que o **BENEFICIÁRIO** está inserido irregularmente no Plano Odontológico, seja na qualidade de Titular ou de Dependente, é facultada à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** a exclusão do mesmo;

4.4.3. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** disponibilizará para consulta por meio eletrônico os referidos documentos comprobatórios, comprometendo-se a atender as exigências mínimas de informação de **BENEFICIÁRIO** da ANS, de elegibilidade e dependência conforme a LSS – LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR;

4.5. A discriminação dos referidos documentos de comprovação de vínculo do **BENEFICIÁRIO** será definida de comum-acordo entre a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, em conformidade com as características da **ENTIDADE** ou **EMPRESA** aderente, devendo seguir, minimamente, os requisitos que atendem à LSS – LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR;

4.5.1. São considerados **BENEFICIÁRIOS** Dependentes em relação aos Titulares aqueles que comprovarem o vínculo de dependência, conforme descrito no Plano da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, firmado entre a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** e a **ENTIDADE** ou **EMPRESA**;

4.5.1.1. São admitidos como **dependentes diretos**, reconhecidos como dependentes no INSS ou IR:

a. Cônjuge ou companheiro/a;

b. Filhos/as (próprios ou adotivos), de qualquer idade;

c. Filhos/as portadores de necessidades especiais de qualquer natureza, independentemente da idade;

4.5.1.2. São admitidos como **dependentes agregados**:

a. Pais do beneficiário titular e de seu cônjuge;

b. Irmãos e netos até 30 (trinta) anos;

c. Enteados qualquer idade;

d. Bisneto, bisavós, tios, sobrinhos, sogros e parceiros homoafetivos;

4.5.2. O **BENEFICIÁRIO** que perder a condição de dependente, **será automaticamente excluído do plano,** obrigando-se a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** a formalizar o cancelamento junto ao **BENEFICIÁRIO** bem como junto a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**.

5. Auditoria Cadastral

5.1. Para efeito de auditoria por parte da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, esta está autorizada a consultar por meio eletrônico e solicitar, caso necessário, a qualquer tempo, com antecedência mínima de 02 (dois) dias úteis, através de profissionais da área habilitados a checar a presença e veracidade dos documentos relativos à legitimidade da Pessoa Jurídica Contratante; assim como a elegibilidade dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos;

5.2. A comunicação ou solicitação de apresentação da documentação pertinente à auditoria deverá ser encaminhada, necessariamente, à área operacional da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.**

6. Política de Alteração de Plano

6.1. Serão autorizadas as alterações de plano, tanto para nível superior como para nível inferior, exclusivamente no aniversário do contrato, observando-se as condições de utilização do plano no período contratual;

6.2. Na dúvida ou em qualquer outra condição diferenciada, caberá a negociação de comum acordo entre a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** e a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA.**

7. Fluxo Operacional

7.1. Caberá à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, dentro de suas respectivas obrigações, disponibilizar todos os meios para a transmissão de dados, formulários, solicitações de movimentação cadastral, autorizações prévias, além de qualquer outra demanda oriunda dos **BENEFICIÁRIOS** no sentido de prestar melhor atendimento aos mesmos;

7.2. Todas as ferramentas que envolvam infraestrutura tecnológica deverão ser homologadas pelas **PARTES**, respeitando suas respectivas políticas de T.I, bem como suas normas, procedimentos internos e capacidade tecnológica.

7.3. Rotina de Inclusão de Beneficiários

7.3.1. O processo de cadastro terá início no momento em que a proposta for recebida pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, sendo a data de corte da venda até 05 (cinco) dias úteis antes de cada vigência,** conforme entrega das documentações de acordo com as rotinas internas e posterior envio para a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**;

7.3.2. Os postulantes a **BENEFICIÁRIO** titular, e seus respectivos dependentes, cuja solicitação de cadastro/adesão tenha sido recebida pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS,** uma vez cumpridos os trâmites internos serão encaminhados para cadastramento, junto ao Setor de Cadastro da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA em até 02 (dois) dias úteis;**

7.3.2.1. A solicitação de inscrição de **BENEFICIÁRIOS** no plano será encaminhada para a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA,** pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS,** eletronicamente, em layout definido pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**;

7.3.3. O Setor de Cadastro da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** fará o cadastramento dos postulantes recebidos dentro do prazo de **2 (dois) dias úteis**, contados a partir da data do recebimento do arquivo eletrônico, devendo aquele setor remeter à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** arquivo com as matrículas dos **BENEFICIÁRIOS** cadastrados;

7.3.4. Os **BENEFICIÁRIOS** Titulares e Dependentes, enviados no (s) arquivo (s), terão o início da vigência de seu atendimento à zero hora do 1º (primeiro) dia das vigências acordadas com a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** ao envio da solicitação de inclusão. O setor de Cadastro da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** enviará para à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**

as respectivas carteiras de identificação e o Manual dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos, sempre após as movimentações acordadas;

7.3.4.1. O prazo para a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** enviar para **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** as carteiras de identificação dos beneficiários inscritos é de **72 (setenta e duas) horas** após o recebimento da solicitação de inclusão.

7.4. **Rotina de Suspensão ou Exclusão (Cancelamento) de Beneficiários**

7.4.1. A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIO** será feita de acordo com as regras do Plano contratado;

7.4.2. Cancelamento solicitado pelo BENEFICIÁRIO - A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** enviará à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** documento que comprove a solicitação de cancelamento feita pelo **BENEFICIÁRIO;**

7.4.3. Inadimplência do **BENEFICIÁRIO** - Nas movimentações acordadas entre as **PARTES**, a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** enviará à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** os **BENEFICIÁRIOS** a serem suspensos e excluídos por motivo de inadimplência contratual, eletronicamente, em layout fornecido pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, devendo esta garantir a comprovação deste recebimento;

7.4.3.1. Caso ocorra a quitação da mensalidade por parte do **BENEFICIÁRIO**, a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** informará a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, devendo o Plano Odontológico ser reativado no prazo máximo de **2 (dois)** dias úteis do efetivo recebimento da solicitação da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS;**

7.4.4. O direito à utilização dos serviços odontológicos contratados pelos **BENEFICIÁRIOS** será suspenso de imediato ao recebimento da solicitação de suspensão ou exclusão;

7.4.5. O **BENEFICIÁRIO** poderá ser reativado no prazo máximo de até 90 (noventa) dias consecutivos da data de sua suspensão ou exclusão;

7.4.6. Após o processamento das exclusões, a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** enviará para a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, a relação de **BENEFICIÁRIOS** ativos por **ENTIDADE / EMPRESA;**

7.4.6.1. A data de corte para envio da movimentação de exclusão será o último dia do mês (30 ou 31) e, na excepcional hipótese de ocorrer solicitação de exclusão a ser processada nesta

data, após a remessa feita para a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** poderá encaminhar nova remessa até as **12 (doze) horas** do primeiro dia útil seguinte ao último dia desta movimentação;

a. Nesta hipótese, para garantir o processamento do arquivo dentro do prazo, a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** deverá encaminhar aviso sobre a movimentação extra ao Setor de Cadastro da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, via e-mail.

7.5. **Faturamento e Cobrança**

7.5.1. O vencimento da (s) fatura (s) será no dia definido no Anexo 1, item 3, referente à prestação de serviços do mês anterior, devendo a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** encaminhar eletronicamente as notas fiscais, os boletos e os demonstrativos de faturamento no prazo determinado no mesmo item do Anexo 1 antes do vencimento à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

7.5.2. Para controle dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos e consequentemente a eficácia do faturamento, a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** disponibilizará à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** o sistema movimentação via WEB, através do qual a mesma poderá consultar a qualquer tempo os **BENEFICIÁRIOS** ativos por **ENTIDADE / EMPRESA;**

7.5.3. O faturamento será emitido após o processamento das solicitações de suspensão e exclusão, sendo que, para sua emissão, a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** deverá encaminhar para conferência da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, em até 48h (quarenta e oito) horas após o recebimento dessas solicitações, o relatório dos **BENEFICIÁRIOS** separados por **ENTIDADE / EMPRESA** e a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** no mesmo prazo deverá responder com possíveis inconsistências apuradas;

7.5.3.1. O envio desses arquivos de conferência será feito eletronicamente, em formato previamente acordado entre as **PARTES**, devendo as mesmas garantir protocolo de recebimento;

7.5.4. O pagamento será feito na forma de **pós-pagamento**, até a data estabelecida no item 7.5.1, por intermédio de faturas mensais;

7.5.4.1. Valores não pagos até o seu vencimento estão sujeitos à multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês;

7.5.4.2. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** reconhece que o valor das mensalidades vencidas constitui dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** proceder a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

7.6. **Documentação dos Beneficiários**

7.6.1. A **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** disponibilizará para a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** as correspondentes carteiras de identificação dos **BENEFICIÁRIOS** cadastrados no mês, os orientadores odontológicos atualizados e material explicativo;

7.6.2. De posse dos materiais descritos em 7.6.1. a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** procederá à montagem dos kit's, incorporando o **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS)** e o **Guia de Leitura Contratual (GLC)** e se obriga a entregar aos **BENEFICIÁRIOS** aderentes, atendendo assim o princípio da informação do Código de Defesa do Consumidor;

7.6.3. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** se responsabilizará pela manutenção dos estoques dos materiais acima elencados e da solicitação da reposição dos mesmos, em virtude de sua demanda de utilização com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, no sentido de permitir que os mesmos sejam atualizados, se for o caso, produzidos e enviados à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.**

7.7. **Centrais de Atendimento aos Beneficiários**

7.7.1. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** disponibilizará sua Central de Atendimento em horário comercial, conforme definido no item 4 do Anexo 1, para o atendimento aos **BENEFICIÁRIOS** dos Planos Coletivos por Adesão e Coletivos Empresariais relativos à:

7.7.1.1. Questões cadastrais;

7.7.1.2. Questionamentos sobre pagamentos;

7.7.1.3. Pedidos de inclusão de novos dependentes;

7.7.1.4. Cancelamentos; e

7.7.1.5. Outros aspectos administrativos;

7.7.2. A **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** disponibilizará sua Central de Atendimento, acessível através dos números 3421-0000 (Brasília e região de entorno) e 4007-1087 (demais capitais e regiões metropolitanas), em horário comercial de segunda a sexta-feira das 8h00 às 18h00 (horário oficial de Brasília) para o atendimento dos **BENEFICIÁRIOS** relativos à:

7.7.2.1. Dúvidas sobre cobertura;

7.7.2.2. Dúvidas sobre rede credenciada;

7.7.2.3. Orientações de saúde odontológica;

7.7.2.4. Situações que envolvam o atendimento da rede credenciada e própria da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**;

7.7.2.5. Apoio em situações de urgência e emergência, dentro e fora da área de abrangência geográfica do produto; e

7.7.2.6. Liberação de guias para exames, consultas ou procedimentos de acordo com a natureza do produto contratado;

7.7.3. As **PARTES** organizarão as informações necessárias ao melhor atendimento dos **BENEFICIÁRIOS** das **ENTIDADES** e **EMPRESAS** conveniadas, trocando entre si suas respectivas rotinas básicas que devem ser de conhecimento mínimo a fim de garantir aos **BENEFICIÁRIOS** a melhor percepção e eficiência no atendimento. Estas informações serão sempre atualizadas dentro do menor prazo possível entre as **PARTES**.

7.8. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** orientará os **BENEFICIÁRIOS** inscritos que, em caso de dificuldade de agendamento, o mesmo deverá entrar em contato com a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** para receber orientações sobre o atendimento. Para tal, a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** disponibiliza as seguintes formas de contato:

7.8.1. Atendimento telefônico: 3421-0000 e 4007-1087;

7.8.2. Atendimento via "chat on-line": www.odontogroup.com.br (barra inicial, em "Fale Conosco").

8. Rotinas de Aceitação de Beneficiários

8.1. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** compromete-se a adotar todas as cautelas necessárias, a fim de se resguardar, assim como a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, de possíveis fraudes no

processo de aceitação de **BENEFICIÁRIOS**, de acordo com a LSS – LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.

9. Reajustes das Contraprestações Mensais

9.1. É de responsabilidade da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** a apuração do percentual de reajuste a ser aplicado na **ENTIDADE / EMPRESA**, de acordo com as normas previstas no contrato do Plano;

9.2. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** se compromete a apresentar à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, quando da aplicação por essa dos reajustes previstos, documento que expresse a ciência e concordância da **ENTIDADE /EMPRESA** sobre a aplicação do mesmo;

9.2.1 A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** se compromete a comunicar aos **BENEFICIÁRIOS** Titulares, por escrito em meio físico e / ou eletrônico, os reajustes a serem aplicados, os valores cobrados e demais informações, nos termos da legislação e normas do setor, informando à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA,** imediatamente, acerca da referida comunicação;

9.3. Os valores provenientes deste contrato são fixados em moeda corrente do País, serão reajustados automaticamente e anualmente, em conformidade com **a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** e, em caso de reajuste por sinistralidade, de acordo com a fórmula descrita no produto contratado, considerando-se a **sinistralidade máxima de 60% (sessenta por cento)**;

9.3.1. A **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** enviará para a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** o ERP – Extrato de Reajuste Pormenorizado, onde consta o detalhamento do cálculo do reajuste a ser aplicado, conforme regulamenta o artigo 14 da RN 389/2015.

10. Remuneração

10.1. A remuneração devida pelos serviços ora contratados, será feita da seguinte maneira:

10.1.1. **Comissão Vitalícia:** a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** fica autorizada a majorar os preços NET fornecidos pela **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e repassá-los nos preços de vendas aos **BENEFICIÁRIOS** das diversas **ENTIDADES** de Classes e **EMPRESAS** aderentes. O carregamento no preço não implicará qualquer ônus financeiro ou tributário para a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA;**

10.2. A majoração do preço NET não poderá fazer com que o preço final do plano da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** seja superior ao praticado no mercado concorrente do projeto ou região, sob pena de automaticamente autorizar **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** a praticar o preço de venda que melhor lhe convier no projeto / mercado regional;

10.2.1. O preço final será definido conjuntamente entre a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.**

11. Vigência e Rescisão

11.1. O presente Termo é assinado pelo prazo **12 (doze)** meses. Após o referido período, terá renovação automática por iguais períodos sucessivos, podendo ser rescindido por iniciativa de qualquer uma das **PARTES**, através de aviso prévio por escrito e com antecedência mínima de **60 (sessenta)** dias;

11.1.1.1. Em caso de rescisão do Termo de Acordo Operacional por uma das **PARTES**, antes do prazo de **12 (doze)** meses, a **PARTE** infratora pagará a outra a título de multa por quebra de contrato, o valor referente a 3 (três) faturamentos na época da ocorrência, a contar após a data do cancelamento;

11.1.1.2. Em caso de rescisão contratual do presente Termo, os instrumentos já efetivados com as **ENTIDADES** e as **EMPRESAS** serão rescindidos, cumpridas as vigências mínimas definidas em seus contratos;

11.2. Após o aviso de rescisão do Termo de Acordo Operacional, não serão admitidas comercializações de Planos Odontológicos Coletivos por Adesão e Coletivos Empresarias com novas **ENTIDADES e EMPRESAS** por parte da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**. Entretanto, deverão ser processadas todas as comunicações de inclusões e exclusões de **BENEFICIÁRIOS** comunicadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** até o efetivo término do contrato, conforme sejam satisfeitas as condições a seguir:

11.2.1. Solicitação de cancelamento feita pelo beneficiário;

11.2.2. Inadimplência superior a 90 (noventa) dias;

11.2.3. Desligamento do beneficiário da **ENTIDADE / EMPRESA** contratante, comprovado por documentos;

11.3. O presente instrumento poderá ser dissolvido, por qualquer das **PARTES**, sem aviso prévio, em caso de ocorrência devidamente comprovada de alguma das seguintes situações:

11.3.1. Inadimplemento de qualquer cláusula ou obrigação contratual;

11.3.2. Ocorrência de liquidação judicial ou extrajudicial;

11.3.3. Transferência a terceiro, do objeto do presente, sem prévia anuência da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA;**

11.4. Na rescisão deste instrumento, a qualquer tempo, a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, obriga-se a devolver todo material retirado sob protocolo da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, visto que tal documentação é de propriedade da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e que estão em posse provisória da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, excetuados aqueles que já tenham sido encaminhados aos **BENEFICIÁRIOS**, inclusive os cartões de identificação e orientadores odontológicos.

12. Produtos Disponibilizados para Comercialização

12.1. A **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** disponibiliza para a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** os produtos e preços respectivos, conforme Anexo 1;

12.2. **Produtos com cobertura diferenciada e/ou área de atuação aos listados no Anexo 1 serão objeto de cotação conforme projeto / cliente.**

13. Disposições Finais

13.1. As **PARTES** comprometem-se a atuar conforme as normas ora pactuadas e com estrita observância à legislação em vigor, agindo entre si com boa-fé e lealdade, zelando pelo bom nome de ambas as instituições, visando ao mútuo benefício e o melhor atendimento ao **BENEFICIÁRIO**;

13.2. Dada à sua natureza do presente Contrato não haverá qualquer vínculo fiscal, previdenciário, trabalhista ou de qualquer natureza entre as **PARTES**, responsabilizando-se cada uma delas pelas suas respectivas gestões e encargos pertinentes;

13.3. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** declara para todos os fins que no ato de assinatura do presente Contrato, recebeu Material Explicativo da **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**, de acordo com os anexos;

13.4. Além das responsabilidades já previstas neste instrumento, fica expressamente acordado entre as **PARTES** que, se uma **PARTE** for demandada por obrigação que não for sua, em vista dos documentos firmados entre as mesmas, a **PARTE** demandada deverá comunicar à outra para que integre a demanda e suporte à eventual custo, despesa ou honorários que venha a incorrer em sua defesa;

13.5. A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** responde por quaisquer ônus ocasionados à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** quando configurado alteração de cláusulas ao estipular contrato de Planos Odontológicos entre a **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** e **ENTIDADE** e/ou **EMPRESA**, sejam elas oriundas da Justiça Comum ou de penalidades aplicadas pela ANS, em decorrência alterações em cláusulas registradas na ANS, conforme obrigatoriedade normativa, constituindo, desde já, estes valores em dívida líquida e certa, podendo ser objeto de execução judicial;

13.5.1. Reserva-se à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA** o direito à Ação Judicial de Regresso contra a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, nos casos de atuações da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** que sejam contrárias às legislações vigentes sobre este assunto e que venham a causar prejuízos à **ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA**;

13.6. Observado o disposto em Lei, poderão ser introduzidas alterações neste Contrato, a qualquer tempo, desde que na forma escrita e mediante expressa concordância / assinatura das **PARTES** em Aditivo a este instrumento;

13.7. A tolerância, omissão ou transigência não implicará renúncia, novação ou modificação do ora pactuado neste instrumento, constituindo mera liberalidade, conforme se convenciona, renunciando as **PARTES** o direito de invocá-las em seu benefício;

13.8. Se as **PARTES** deixarem de exigir, em qualquer tempo, o cumprimento de qualquer cláusula ou termo deste instrumento, aquela prejudicada não ficará impedida de, quando o entender, fazer com que a **PARTE** inadimplente cumpra rigorosamente todas as condições contratuais;

13.9. O presente instrumento vincula as **PARTES**, seus sucessores e seus herdeiros.

14. Foro

14.1. As **PARTES** elegem o Foro Comarca de Brasília, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir questões decorrentes deste instrumento. E, por estarem, assim,

justas e contratadas, as **PARTES**, firmam o presente Contrato em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas arroladas abaixo.

Brasília, 06 de Fevereiro de 2019

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Brunna Cerqueira Salgado Lima
Diretora

ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA

Brunna Cerqueira Salgado Lima

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Anexos:

1. Anexo 1 – Produtos Disponibilizados para Comercialização e Condições Comerciais
2. MPS
3. GLC
4. Condições Contratuais dos Planos Registrados na ANS
5. ERP – Extrato de Reajuste Pormenorizado (modelo)

OdontoGroup
Saúde Começa aqui

OdontoGroup
Saúde Começa aqui

Operadora: Odontogroup Sistema de Saúde Ltda
CGC: 02.751.464/0001-65
Nº de registro na ANS: 38.9854
Site: http:// www.odontogroup.com.br
Tel.: (61) 3421-0000 ou 0800 7043663

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 consumidor quem escolhe as características do plano a ser contratado.

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

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de prazo de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos	Coletivo Empresarial	
		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 prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o consumidor ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos consumidores sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à 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.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o consumidor tem conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), conforme Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória a operadora deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia relacionados exclusivamente a DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. Caso a operadora opte pelo não oferecimento da CPT ou Agravo a cobertura será total para a DLP. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura será total para a DLP. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo consumidor sem prévia autorização da ANS, que só se dá após processo administrativo em que o consumidor é ouvido.	**Coletivo Empresarial** Com 30 participantes ou mais: Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, 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 aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo. **Coletivo por Adesão** É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.
FATOR MODERADOR, AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS, PERÍCIAS PROFISSIONAIS E DIRECIONAMENTO A PRESTADORES PARA SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS	É importante que o consumidor verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajuste anual.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O consumidor deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do consumidor ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora.No caso de prestadores hospitalares a alteração necessita ser autorizada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	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 consumidor fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão contratual unilateral imotivada, 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. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

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, associaação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do consumidor no pagamento d a mensalidade, é assegurado ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso caso de morte do titular demitido ou aposentado é assegurada a permanência do grupo familiar.

O consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O consumidor assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de consumidor 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 e empregado ou servidor.

Salientamos que o consumidor 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.

OdontoGroup
Saúde Começa aqui

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os consumidores de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o consumidor terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo consumidor. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o consumidor a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios. É importante que o consumidor fique atento a esta informação, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Área de atuação

É 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.

É importante que o consumidor fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes parafins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

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

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

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

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

OdontoGroup
Saúde Começa aqui

Operadora: Odontogroup Sistema de Saúde Ltda
CNPJ: 02.751.464/0001-65
Nº de registro na ANS: 38.985-4
Produto: [nome do plano]
Site: http:// www.odontogroup.com.br
Tel.: (61) 3421-0000

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	Pág. 0
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	Pág. 0
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser coletiva ou individual.	—
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	Pág. 0
ÁREA DE ATUAÇÃO	É 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.	Pág. 0
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor 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 formado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	Pág. 0
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor **não** tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	Pág. 0
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	Pág. 0

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	—
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	Pág. 0
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Pág. 0
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Pág. 0
REAJUSTE	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 como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	Pág. 0
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição mensal do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria.	—

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o consumidor deve contatar sua operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site 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.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

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

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

[CONTRATANTE]

1. **Objetivo: Atender o Art. 14 da RN 389 de 26 de Novembro de 2015.**

"Art. 14. A operadora deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos na Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação."

2. **Critérios para o Cálculo do Reajuste**

Caso a Sinistralidade apurada no período analisado seja igual ou inferior a Sinistralidade Meta, será aplicado apenas o Reajuste Financeiro.

2.1 Reajuste Financeiro

Indexador do Contrato: IPCA/IBGE | Taxa do Período: [taxa oficial] %

Caso a Sinistralidade apurada no período supere a Sinistralidade Meta, além do Reajuste Financeiro será utilizado também o Reajuste Técnico, conforme fórmula a seguir.

2.2 Reajuste Técnico

Se FR (fator de reajuste) for maior que 1,0 aplica-se o Reajuste Técnico, pela fórmula → RT = PA x FR

ISPer = (SCE/RE) x 100 | FR = (ISPer / ISMax) x -1

3. **Memória de Cálculo**

SCE – Despesas Assistenciais: R$ [valor utilizado]	RE – Receitas Diretas: R$ [valor pago]
ISPer – Índice de Sinistralidade do Período: [taxa apurada] %	ISMax – Índice de Sinistralidade Máxima (Meta): 60 %
FR – Fator de Reajuste: [fator apurado]	RT – Reajuste Técnico: [percentual apurado] %

Reajuste Total Calculado: Reajuste Técnico + Reajuste Financeiro = [taxa total] %

Plano Odontológico	PA – Preço Atual per Capita	Valor Reajustado
[nome do plano]	R$ [valor sem reajuste]	R$ [valor com reajuste]

Período de Apuração: [mês/ano] a [mês/ano] | **Período de Aplicação:** [mês/ano] a [mês/ano]

4. **Canal de Atendimento para Esclarecimentos de Dúvidas**

Telefone: (61) 3038.4378 ou (61) 98281.1615 ou atendimentocorporativo@odontogroup.com.br

Extrato demonstrativo. A taxa de reajuste será negociada entre Contratada e Contratante.

ANEXO 1

Produtos Disponibilizados para Comercialização

Contratação Coletivo Empresarial (para **EMPRESAS**):

Área Geográfica de Abrangência	Registro	Nome	Área de Atuação do Produto	
Grupo de Estados	481.366.18-9	Odonto SOS CE	**AL, AM, BA, CE, DF, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, RS, SE, SP e TO**	
Nacional	442.562.03-6	Odontoclínico Empresarial I	**Nacional**	

Contratação Coletivo por Adesão (para **ENTIDADES**):

Área Geográfica de Abrangência	Registro	Nome	Área de Atuação do Produto	
Grupo de Estados	468.297.12-1	Coletivo Adesão Mais II.B	**AL, AM, BA, CE, DF, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, RN, SE e TO**	
Grupo de Estados	467.608.12-4	Odontoclínico Coletivo II.B	**AL, AM, BA, CE, DF, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, RN, SE e TO**	

Contratação Individual/Familiar (para **Pessoa Física** – venda junto com o médico):

Área Geográfica de Abrangência	Registro	Nome	Área de Atuação do Produto	
Grupo de Estados	473.268.15-5	Clínico Individual Familiar II.B	**AL, AM, BA, CE, DF, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, RN, SE e TO**	

CONDIÇÕES COMERCIAIS:

1) O pagamento será efetuado na forma de pós-pagamento, por intermédio de faturas mensais;
2) A rotina de suspensão de atendimento prevista no **subitem 7.4.3 das Condições Operacionais do Contrato**, será efetuada por **90 (noventa)** dias, consecutivos ou não. Os beneficiários suspensos terão **os respectivos valores pagos pela Administradora durante o período de suspensão;**

3) O vencimento da fatura será todo dia 15 (quinze) e os boletos e demonstrativos de faturamento serão enviados à Administradora em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, conforme **subitem 7.5.1 das Condições Operacionais do Contrato;**
4) A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** disponibilizará sua Central de Atendimento de segunda à quinta-feira das 8h00 às 18h00 e às sextas-feiras de 8h00 às 17h00, para o atendimento aos **BENEFICIÁRIOS** conforme **subitem 7.7.1 das Condições Operacionais do Contrato;**
5) A exclusão de um beneficiário **COM ou SEM utilização, somente será possível após o aviso formal da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e será processada de imediato a contar da data de formalização**;
6) As carências para os contratos são, a partir da vigência:
   a) 24 (vinte e quatro) horas para Urgência / Emergência;
   b) 30 (trinta) dias para Consultas Inicias;
   c) 60 (sessenta) dias para Dentística, Prevenção, Radiologia, Cirurgia, Odontopediatria, Periodontia e Endodontia;
   d) 180 (cento e oitenta) dias para Prótese;

Para adesões com grupo igual ou superior a 30 vidas não será estipulado prazo de carência.

7) A qualquer momento poderá ser efetuada campanha para inclusões / adesões com isenção total ou parcial de carências desde que acordado e formalizado entre as partes.

Brasília/DF, 06 de Fevereiro de 2019.

Administradora de Benefícios Ltda

Brunna Cerqueira Salgado Lima
Diretora

OdontoGroup Sistema de Saúde Ltda
Brunna Cerqueira Salgado Lima

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: