

ÍNDICE

Da Natureza e Objeto do Contrato	02
Nome Comercial e Numero de Registro do Plano na ANS	02
Das Definições	02
Das Características e Segmentações	04
Das Exclusões	06
Das Carências	07
Do Atendimento	08
Do Cadastro de Beneficiários	08
Do Critério de Custeio	09
Dos Reajuste de Valores	10
Da Forma de Pagamento	10
Do Reembolso	11
Das Reclamações	12
Dos Serviços Odontológicos Credenciados	12
Da Vigência e Renovação do Contrato	12
Da Perda da Qualidade de Beneficiário	13
Da Rescisão	14
Da Documentação	14
Das Disposições Gerais e Foro	15

Contrato de Cobertura de Custos de Assistência Odontológica, que entre si fazem, de um lado, como CONTRATADA, **MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, empresa de Medicina de Grupo, com segmentação terciária, com sede na Rua Coelho Rodrigues, 1921, Centro, CEP 64.000-080, Teresina/PI, CNPJ: 01.892.976/0001-89, Certificado de Registro junto à ANS (Agência Nacional de Saúde) nº 33.7510, e como CONTRATANTE, a empresa XXXXXXXXXXXXXXXX com endereço XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, CNPJ nº XXXXXXXXXXXXXXXX, regendo-se pelas seguintes Cláusulas e Condições:

Cláusula 1ª – DA NATUREZA E OBJETO DO CONTRATO

Trata-se de um contrato **coletivo empresarial**, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, e que tem como objeto a cobertura de custos pelo **MEDPLAN** das despesas correspondentes aos procedimentos de assistência odontológica compreendendo todos os procedimentos realizados em consultório, relativos a Consulta, Emergência, Cirurgia, Dentística, Endodontia, Periodontia, Prevenção em Saúde Bucal e Radiologia, constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos anexo à Resolução Normativa nº 211 da ANS e suas revisões, prestados nos consultórios próprios ou credenciados, em clínicas e ambulatórios, dentro da rede própria ou contratada pelo **MEDPLAN**, aos beneficiários deste contrato, quando os mesmos forem atingidos por eventos mórbidos, nos limites e condições definidos no presente contrato, seus aditivos e anexos, na área geográfica de abrangência que compreende Teresina (PI), em conformidade com o que determina a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998 e disposições que a regulamentam.

Cláusula 2ª - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

O plano de assistência odontológica regido por este contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com o nome de **MEDPLAN DENTAL COLETIVO** e registro nº **700.305/99-6**.

Cláusula 3ª - DAS DEFINIÇÕES

Para fins deste contrato, considera-se:

I. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento odontológico.

II. Agente de Vendas: é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de plano de saúde.

III. Beneficiário Dependente: esposo(a) ou companheiro(a); o(a)s filho(a)s solteiro(a)s menores de 25 (vinte e cinco) anos. São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores sob a guarda judicial, enteados e tutelados. A condição de cônjuge, filho, adotado, enteado, tutelado e menor sob guarda deverá ser expressamente comprovada, no momento da inclusão do dependente, através de documentos legais.

IV. Beneficiário Titular: beneficiários vinculados à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.

V. Cálculo Atuarial: o estudo de cálculos estatísticos sobre a incidência de utilização dos serviços cobertos pelo Plano, necessário para manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e o valor das contraprestações.

VI. Carência: é o período de tempo, contado a partir da data de vigência desse contrato, onde o **BENEFICIÁRIO** deverá permanecer, ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este.

VII. Contraprestação Pecuniária: é considerado cada um dos pagamentos periódicos efetuados pelo **BENEFICIÁRIO** para custeio do plano de assistência à saúde. Não são consideradas contraprestações pecuniárias os valores referentes aos contratos operacionalizados na modalidade de pós-pagamento.

VIII. Cobertura: o conjunto de procedimentos odontológicos aos quais o usuário terá direito no decurso do contrato.

IX. Contratada: a pessoa jurídica operadora de planos privados de assistência à saúde, devidamente qualificada neste contrato.

X. Contratante: é a pessoa jurídica responsável pelo cumprimento do presente contrato, obedecendo o que dispõe o Art. 9º e o Art. 10 da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, Agência Nacional de Saúde Suplementar.

XI. Evento: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa dano involuntário à saúde bucal do **BENEFICIÁRIO** em decorrência de acidente pessoal ou não.

XII. Emergência: o evento que acarreta risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao beneficiário, ocasionado por dor ou desconforto e caracterizado em declaração do odontólogo assistente.

XIII. Limite Financeiro: é o limite monetário máximo das coberturas contratadas, nos casos de reembolso.

XIV. Orçamento: o documento no qual o cirurgião-dentista credenciado discriminará os procedimentos necessários ao tratamento, que só terá validade legal após ser autorizado pela **CONTRATADA** prestadora dos serviços.

XV. Procedimento Odontológico: o nome dado ao procedimento odontológico constante no item Cobertura deste contrato.

XVI. Proposta de Adesão: é o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar plano de assistência odontológica, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas Condições Gerais específicas do produto, que esteja adquirindo.

XVII. Reajuste Financeiro: atualização do valor das contraprestações pecuniárias em função da variação dos custos odontológicos.

XVIII. Tabela de Procedimentos Odontológicos: o documento onde estão relacionados todos os procedimentos odontológicos cobertos.

XIX. Urgência: entende-se por urgência os resultados de acidentes pessoais.

XX. Vigência do Contrato: a contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do contrato.

Cláusula 4ª - DAS CARACTERÍSTICAS E SEGMENTAÇÃO:

PLANO MEDPLAN DENTAL COLETIVO

Registro ANS nº 700.305/99-6

Segmentação Odontológico

O **MEDPLAN** assegura ao **BENEFICIÁRIO** a cobertura de custos para despesas com procedimentos de assistência odontológica, constantes no constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos anexo à Resolução Normativa nº 211/2010 da ANS e suas revisões, nos consultórios próprios ou credenciados, em clínicas e ambulatórios, dentro da rede, por ela mantida ou contratada, e de acordo com as coberturas a seguir :

4.1. Consulta (anamnese, exame clínico e orçamento)

4.2. Urgências Odontológicas:

- a) curativo em caso de odontalgia aguda;
- b) curativo em caso de hemorragia bucal;
- c) imobilização dentária temporária;
- d) recimentação de peça protética;
- e) tratamento de alveolite.

4.3. Cirurgia Oral (somente aquelas realizadas em consultório, não necessitando de anestesia geral):

- a) alveoloplastia;
- b) apicectomia bi-radicular, apicectomia bi-radicular com obturação retrógrada, apicectomia tri-radicular, apicectomia tri-radicular com obturação retrógrada, apicectomia uni-radicular, apicectomia uni-radicular com obturação retrógrada;
- c) biópsia;
- d) cirurgia de torus mandibular bilateral, cirurgia de torus palatino, cirurgia de torus unilateral;
- e) correção de bridas musculares;
- f) excisão de mucocele, excisão de rânula;
- g) exodontia, retalho, exodontia de raiz residual, exodontia simples, exodontias múltiplas;
- h) fraturas alvéolo-dentárias - redução cruenta, fraturas alvéolo-dentárias - redução incruenta, frenectomia labial, frenectomia lingual;
- i) incisão e drenagem de abscesso intra e extra oral;
- j) remoção de sulco gengivo labial;

- k)** reimplante de dente avulsionado;
- l)** remoção de dentes retidos (incluso e impactados);
- m)** sulcoplastia;
- n)** ulectomia.

4.4. Dentística:

- a)** restauração de 1 (uma) superfície;
- b)** restauração de 2 (duas) superfícies;
- c)** restauração de 3 (três) superfícies;
- d)** restauração de 4 (quatro) superfícies;
- e)** colagem de fragmentos;
- f)** restauração de superfície radicular.

4.5. Endodontia:

- a)** remoção de obturação radicular;
- b)** remoção de prótese e/ou pino metálico;
- c)** tratamento endodôntico em dentes permanentes (1 conduto);
- d)** tratamento endodôntico em dentes permanentes (2 condutos);
- e)** tratamento endodôntico em dentes permanentes (3 condutos);
- f)** tratamento endodôntico em dentes permanentes (4 condutos);
- g)** capeamento pulpar direto e indireto;
- h)** pulpotomia/pulpectomia;
- i)** tratamento endodôntico em dentes decíduos.

4.6. Periodontia:

- a)** raspagem, alisamento e polimento coronário;
- b)** raspagem, alisamento e polimento radicular, curetagem de bolsa periodontal, tratamento de gengivite.

4.7. Radiologia:

- a)** radiografia periapical;
- b)** radiografia interproximal (bite – wing).
- c)** Radiografia panorâmica de mandíbula ou músculo.

4.8. Prevenção em saúde bucal:

- a) orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de prótese, uso de dentifrícios e enxaguatórios;
- b) evidenciação de placa, profilaxia e polimento coronário;
- c) aplicação tópica profissional de flúor;
- d) aplicação de selante.

4.9. Cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

§ 1º - O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente.

§ 2º - Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

Clausula 5ª - DAS EXCLUSÕES

Este contrato não prevê cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos que seguem:

1. Procedimentos que exijam atendimento domiciliar;
2. Procedimentos para correção estética bem como aparelhos ortodônticos;
3. Procedimentos para a correção de atos ilícitos provocados pelo beneficiário;
4. Procedimentos de prótese dentária, salvo: restauração unitária com coroa total feita do material cerâmico em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto; restauração unitária com coroa total feita de material metálico em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto; restauração com pino feito de material metálico (núcleo metálico fundido)/pino pré-fabricado (núcleo pré-fabricado) em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio e cobertura para bloco (restauração) de metal em dentes posteriores permanentes com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto ou dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.
5. Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou material importado não reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia bem como aqueles que não estão incluídos no rol de procedimentos do Ministério da Saúde;
6. Implantes, transplantes e tratamentos ortodônticos e/ou ortopédicos com materiais preciosos ou porcelanas fundidas;
7. Despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
8. Despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar;
9. Despesas com honorários de anestesistas (profissional médico);

10. Serviços realizados por não credenciados, salvo os casos de emergência conforme descrito na Cláusula 12ª;
11. Renovação de restaurações sem indicação clínica e/ou troca de restaurações para fins estéticos;
12. Despesas odontológicas efetuadas antes do cumprimento das carências previstas na Cláusula 6ª deste contrato;
13. Estão excluídos de cobertura o atendimento a procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.
14. Fornecimento de órteses e seus acessórios;
15. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato;
16. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
17. Ortodontia;
18. Cirurgia Odontológica buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.
19. Procedimentos que exijam cobertura hospitalar;
20. Procedimentos relacionados com a saúde ocupacional (exames admissionais, demissionais, mudanças de função e periódicos), que são de responsabilidade do empregador (conforme disposto na NR nº 7 do Ministério do Trabalho).

Cláusula 6ª - DAS CARÊNCIAS

As carências são cláusulas que operam uma limitação na eficácia do contrato, ou seja, para determinadas espécies de tratamento, a responsabilidade de cobertura do MEDPLAN somente terá início a partir do transcurso de certo período, previamente estipulado neste contrato. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes superior a trinta beneficiários não será exigido o cumprimento de carências.

6.1. NÃO SERÁ EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE CARÊNCIAS NOS SEGUINTE CASOS:

- 6.1.1. Para clientes vinculados ao CONTRATANTE incluídos no plano de saúde no período compreendido entre a data da celebração do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias.
- 6.1.2. Para os clientes que tenham se vinculado ao CONTRATANTE após o prazo inicial de adesão de 30 (trinta) dias e que tenham formalizado a solicitação de adesão até 30 (trinta) dias da data do aniversário do contrato.
- 6.1.3. Para clientes que adquirirem a condição de beneficiário no curso do contrato em razão de admissão, nascimento, casamento, adoção, tutela ou enteados de recém-admitidos, desde que incluídos no prazo de 30 (trinta) dias da data da ocorrência (admissão, casamento, nascimento etc).

6.2. SERÁ EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE CARÊNCIAS NOS SEGUINTE CASOS:

6.2.1. Para os clientes vinculados à data da celebração do contrato que não solicitaram adesão nos 30 dias subsequentes ou aos que vieram a vincular-se à contratante, mas que não solicitaram a adesão ao plano no prazo de 30 (trinta) dias da data de sua vinculação:

I. CARÊNCIA DE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS:

a) urgências decorrentes de acidente pessoal . Os atendimentos serão garantidos em caráter integral, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

II. CARÊNCIAS DE 30 (TRINTA) DIAS:

a) Exame clínico e prevenção.

III. CARÊNCIAS DE 90 (NOVENTA) DIAS:

a) Radiologia e dentística.

IV. CARÊNCIAS DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS:

a) Endodontia e cirurgia oral menor.

Clausula 7ª - DO ATENDIMENTO

Os beneficiários serão atendidos, de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 18:00h no **Núcleo de Orientação Médica do Medplan (NOME)**, localizado na Rua Coelho Rodrigues, 1921, Teresina-PI, telefone 3131-8888 e nos consultórios e clínicas credenciadas podendo agendar suas consultas através do telefone **3131-0700**.

§ 1º - Nas urgências e emergências odontológicas o beneficiário deve telefonar para 3131-0700, Call Center 24 horas, onde receberá orientações para que credenciado deve se dirigir.

Cláusula 8ª- DO CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS

São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pelo **CONTRATANTE** e que sejam admitidos pelo **MEDPLAN**.

8.1. São considerados **BENEFICIÁRIOS TITULARES** aqueles beneficiários vinculados à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.

Parágrafo Único: São considerados também, **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, os sócios e diretores que possuem vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, previsto no respectivo Contrato Social.

8.2. São considerados **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES DIRETOS** em relação ao beneficiário titular e deverão ser incluídos no mesmo plano deste:

- a) esposo (a) ou companheiro (a), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;
- b) os filhos (as) solteiros (as) menores de 25 (vinte e cinco) anos.

8.2.1. São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores sob a guarda judicial, enteados e tutelados.

8.3. Todos os **BENEFICIÁRIOS**, titulares ou dependentes preencherão a Solicitação de Adesão, que inclui informações pessoais e administrativas.

8.3.1. O ato de omitir ou prestar informações, ou tentar, por qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes neste contrato acarretará o surgimento da penalidade prevista no art. 13, § único, II, da Lei nº 9.656/98.

8.4. O **MEDPLAN** solicitará ao **CONTRATANTE**, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista (Carteira Profissional / cadastro de inscrição no FGTS), como também os relacionados à comprovação do grau de parentesco dos dependentes diretos.

8.5. O **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos **BENEFICIÁRIOS** sejam titulares, dependentes diretos, bem como data de nascimento e o grau de parentesco destes últimos, com relação ao titular ou outro vínculo existente; endereço do titular, CPF e nome da mãe dos titulares e dependentes.

8.5.1. Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da Proposta de Adesão da **CONTRATANTE**, aprovada pelo **MEDPLAN**.

8.6. O **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **MEDPLAN** qualquer mudança de estado civil dos titulares e dependentes, nascimento de filho do titular, demissão ou admissão de novo empregado, promovendo as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da data da ocorrência.

8.6.1. O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites deste contrato, a partir da data de sua inclusão no plano.

8.6.2. A inclusão de dependente somente será autorizada pelo **MEDPLAN** por ocasião da inclusão do titular, ou em casos de nascimento, adoção de menores até 12 anos de idade ou casamento, e desde que no prazo de 30 (trinta) dias da data da ocorrência.

8.6.3. Está assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos de idade, aproveitando os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular adotante.

8.7. As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, as normas administrativas do **MEDPLAN**. **Não serão permitidas as inclusões de BENEFICIÁRIOS que estejam cumprindo aviso prévio ou que se encontrem afastados de suas atividades profissionais.**

8.8. O **MEDPLAN** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano.

8.9. As exclusões cadastrais implicarão na perda do direito da cobertura do atendimento sendo obrigação do **CONTRATANTE** recolher e devolver ao **MEDPLAN** toda a documentação que possibilite a utilização do sistema.

8.10. Se, por hipótese, o usuário, após sua exclusão do sistema, continuar a utilizar o sistema através de documentos não devolvidos (por exemplo, a "carteira do plano") ficará o **CONTRATANTE** responsável por tais atos podendo, inclusive, o **MEDPLAN**, se assim lhe aprouver, efetuar a cobrança devida diretamente ao **CONTRATANTE**.

Cláusula 9ª - DO CRITÉRIO DE CUSTEIO

O presente contrato classifica-se de acordo com o critério de custeio como sendo do tipo contributivo em regime de pré-pagamento.

Cláusula 10ª - DO REAJUSTE DE VALORES

As contraprestações pecuniárias serão reajustadas da seguinte maneira:

10.1. Haverá um reajuste anual de acordo com a variação das despesas odontológicas e administrativas da Operadora, a ser apurada mediante a aplicação dos critérios designados pelo Órgão Fiscalizador Competente para cada ano vigente.

§ 1º – Os reajustes dos aditivos serão realizados na mesma data do reajuste principal.

10.1.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, através de negociação entre as partes, tendo como base a variação do Índice IGPM. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 60 (sessenta) dias em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

10.1.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1/Sm$$

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

Sm = Meta de Sinistralidade expressa em contrato

10.1.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item **10.1.2**, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item **10.1.1** e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

10.3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item **10.1.1**, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

10.4. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

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

10.6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

10.7. Não haverá reajuste por mudança de faixa etária.

Cláusula 11ª – DA FORMA DE PAGAMENTO

O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar ao **MEDPLAN** nos prazos e datas convencionados:

- a) a primeira mensalidade na assinatura da proposta;

b) as mensalidades subseqüentes serão pagas de acordo com o estabelecido pelo **MEDPLAN** relativamente ao local, forma e data de pagamento.

11.1. No caso de não pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência de contrato, acarreta para o **CONTRATANTE** a perda do direito a qualquer atendimento ou ressarcimento, com a sua imediata exclusão do plano, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

11.2. A data limite para pagamento da mensalidade não poderá ultrapassar a data de vencimento do boleto bancário, do Aditivo de Renovação, dos Aditivos ou Endossos dos quais resulte aumento ou redução da mensalidade.

11.3. Quando a data limite cair em dia que não haja expediente bancário o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil subseqüente.

11.4. O pagamento da mensalidade posterior não quita débitos anteriores.

11.5. O não recebimento da cobrança mensal não desobriga o **CONTRATANTE** de quitar sua mensalidade até a data do vencimento, para poder contar com as coberturas contratuais. A **CONTRATADA** fica obrigada a fornecer, quando solicitado, recibo avulso para a quitação do débito.

11.6. O valor do pagamento por beneficiário cadastrado ou excluído após 10 (dez) dias corridos anteriores à data da fatura será cobrado integralmente na fatura subseqüente à alteração cadastral, não implicando em justificativa para atraso de pagamento, qualquer divergência que ocorra, na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado, e os acertos serão realizados no faturamento seguinte.

11.7. Após a data de vencimento a mensalidade será acrescida de multa de 2% e mora por atraso de 1% ao mês.

Cláusula 12ª - DO REEMBOLSO

O reembolso das despesas de serviços odontológicos é garantido, nos limites das obrigações contratuais, ao **CONTRATANTE** nos casos de urgência e emergência em que este for atendido em consultórios ou clínicas em rede não credenciada quando não tenha sido possível a utilização de serviços credenciados pelo **MEDPLAN**.

12.1. O **MEDPLAN** ressarcirá, tendo como base 100% dos valores definidos na Tabela **MEDPLAN** e adotados à época do atendimento, despesas de serviços odontológicos mediante a apresentação dos seguintes documentos, no prazo de até 30 (trinta) dias após a o atendimento:

- a) relatório do dentista assistente declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data de atendimento;
- b) nota fiscal discriminada, inclusive relação do material e medicamentos consumidos;
- c) recibos e notas fiscais de honorários da equipe do dentista, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- d) qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pelo **MEDPLAN**.

12.2. O **MEDPLAN** poderá solicitar ao **CONTRATANTE**, informações e documentos que julgar necessários à complementação administrativa do procedimento de reembolso, no prazo de 20 (vinte) dias, após a entrega da documentação respectiva; o que acarretará um novo prazo de 10 (dez) dias a partir desta entrega.

12.3. Os valores aprovados para reembolso serão pagos ao titular do contrato, identificado na Solicitação de Reembolso, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

CLÁUSULA 13ª - DAS RECLAMAÇÕES

Quando o beneficiário se sentir insatisfeito com o atendimento odontológico previsto neste contrato, deverá encaminhar à DIRETORIA TÉCNICA do **MEDPLAN** formulário de reclamação fornecido pela mesma, onde deverá descrever o motivo da insatisfação, os profissionais que prestaram o atendimento, o local, seu nome completo e número do contrato.

13.1. O **MEDPLAN** deverá se manifestar num prazo de 03 (três) dias sobre a reclamação recebida.

13.2. Nos casos de discordâncias de natureza odontológica, referentes às coberturas previstas neste contrato, deverá ser constituída uma junta odontológica composta por 3 (três) membros: um nomeado pelo **MEDPLAN**, um pelo **CONTRATANTE** e um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelas partes cujo ônus cabe ao **MEDPLAN**.

13.3. Caso não haja acordo quanto ao dentista desempatador este será designado pela associação específica de odontologia.

Cláusula 14ª- DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS CREDENCIADOS

Os serviços odontológicos integrantes deste contrato serão sempre exclusivamente prestados através dos credenciados da **CONTRATADA**, dos quais o **CONTRATANTE** declara ter pleno conhecimento.

14.1. O direito de credenciamento e descredenciamento de dentista, serviços de radiologia e clínicas de urgência é de competência exclusiva da **CONTRATADA**, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do sistema para os seus beneficiários. Em caso de descredenciamento, a **CONTRATADA** providenciará uma alternativa para a continuidade do atendimento.

Cláusula 15ª - DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses. Após 12 (doze) meses de vigência, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação escrita, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§ 1º- O presente contrato renovar-se-á automaticamente, ao final do período de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como não havendo incidência de qualquer período adicional de carência.

15.1. As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo **CONTRATANTE** constituindo-se causa para novo contrato; esta mudança ocorrerá na data de aniversário do contrato.

15.2. Quando da transferência será contabilizado o tempo de vigência deste contrato, à exceção dos novos benefícios ou da utilização da nova rede de atendimento, que cumprirão as carências determinadas para o mesmo previsto no novo plano.

15.3. As transferências deverão incluir o beneficiário titular e seus dependentes.

15.4. Em caso de perda do vínculo do titular, previsto no artigo 9º da Resolução nº 195 da ANS, de dependência ou de fraude, a operadora poderá excluir ou suspender a assistência aos seus dependentes, ressalvado o previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

15.4.1. A garantia prevista nos itens 15.4 será garantida se for solicitada até 30 (trinta) dias da ocorrência da morte do titular;

15.5. No caso de cancelamento do contrato os beneficiários poderão solicitar inclusão em plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

15.5.1. Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

15.5.2. Inclui-se no universo de usuários de que trata o caput, o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

15.5.3. Os beneficiários dos planos coletivos cancelados deverão fazer a opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento para terem direito ao disposto no item 15.5.

15.5.4. É de responsabilidade do **CONTRATANTE**, informar aos beneficiários sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item 15.5.

15.6. Extinto o contrato, qualquer que seja o motivo, o **MEDPLAN** deixará de ser responsável pela cobertura dos custos ou reembolso das despesas havidas após a extinção, passando esta responsabilidade para o **CONTRATANTE**, e ficando o **MEDPLAN** autorizado, desde logo, a efetuar a cobrança diretamente do **CONTRATANTE** dos eventuais custos gerados, sem prejuízo de quaisquer medidas judiciais ou extrajudiciais.

Cláusula 16ª - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Caberá ao **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários ao **MEDPLAN**, utilizando-se de correspondência datada ou de formulário fornecido pelo MEDPLAN.

Parágrafo único: O **MEDPLAN** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos **BENEFICIÁRIOS**, sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

I – fraude; ou

II – por perda dos vínculos de natureza empregatícia ou estatutária que o titular mantém com o **CONTRATANTE**, ou da perda do vínculo de dependência em relação ao titular, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656/1998.

Cláusula 17ª - DA RESCISÃO

A rescisão ou denúncia do contrato dar-se-á após 12(doze) meses de vigência do contrato em função de notificação escrita prévia de 60 (sessenta) dias por parte do **CONTRATANTE**, ou da **CONTRATADA**; sem qualquer ônus.

Parágrafo único. Após o prazo acima referido fica o **CONTRATANTE** ciente que os **BENEFICIÁRIOS** não poderão mais usufruir qualquer atendimento médico ou hospitalar anteriormente previsto. Se os **BENEFICIÁRIOS** contrariarem o acima exposto todo e qualquer custo gerado por tal ato será de inteira e exclusiva responsabilidade do **CONTRATANTE**.

17.1. O presente contrato poderá, também, ser rescindido ou denunciado de pleno direito se o **CONTRATANTE**:

- a) deixar de efetuar o pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias da data do vencimento, sejam eles consecutivos ou não durante a vigência do presente contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.
- b) omitir ou prestar informações, ou tentar, para qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes durante a vigência deste contrato;

17.2. Decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, o plano ficará de pleno direito cancelado, sem que caiba restituição das mensalidades já pagas.

17.3. Se o **CONTRATANTE**, na data do pedido de cancelamento do contrato, efetuar o pagamento da mensalidade, garantirá a cobertura por um prazo de 30 (trinta) dias. A responsabilidade do **MEDPLAN** sobre os atendimentos indicados cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado nesta Cláusula, correndo as despesas a partir de então por conta do **CONTRATANTE**.

17.4. O **CONTRATANTE** que na data de solicitação de cancelamento do contrato, não efetuar o pagamento da mensalidade, terá a cobertura contratual encerrada na mesma data.

Cláusula 18ª – DA DOCUMENTAÇÃO

São documentos do presente contrato a Proposta de Adesão, a Carta de Orientação ao Beneficiário, Guia de Leitura Contratual, Manual de Orientação para contratação dos planos de saúde, o recibo correspondente, bem como os anexos complementares, orientador médico da rede credenciada, os aditivos, tabela de preços, recibos de pagamento e cartão **MEDPLAN**.

Parágrafo único – Qualquer alteração nesses documentos, só será válida se for feita por escrito e com concordância das partes contratantes.

18.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos.

18.2. O **MEDPLAN** coloca à disposição do **CONTRATANTE** o Serviço de Atendimento ao Cliente Empresa (SACE) , assim como a Diretoria Técnica com endereço na Rua Coelho Rodrigues,1921,Centro, Teresina-PI, fone: (86) 3131-8888, para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais acerca de carências contratuais, coberturas, direitos e deveres.

18.3. Não se admitirá a presunção de que as partes contratantes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente no contrato, da proposta de adesão ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

Cláusula 19ª - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

19.1. O presente contrato obriga as partes **CONTRATANTES** por si, seus herdeiros e sucessores.

19.2. O **CONTRATANTE** elege o foro do seu endereço indicado neste contrato para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

19.3. No caso de não adesão em que já tenha havido pagamento da mensalidade, os valores pagos devem ser devolvidos atualizados pelo **MEDPLAN**. A restituição deve ocorrer até 03 (três) dias úteis após o pagamento da mensalidade.

19.4. Em razão da idade do beneficiário, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.