SAÚDE PAS MEDICINA & ODONTO
Rua Jerônimo Coelho, 212/2º andar – Centro Histórico – Porto Alegre –

FONES 0800 541 66 66 / (51) 3092 4800
CNPJ 03.424.929/0001-36

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - **PLANO COLETIVO POR ADESÃO ODONTO PAS FÁCIL II -** PRODUTO Nº **491873228**

A. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Saúde Pas Medicina & Odonto, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o n° 03.424.929/0001-36, inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o n° 40924-3 e classificada como Autogestão sem mantenedora, com endereço na Rua Jerônimo Coelho, 212 conj. 201. Porto Alegre – RS, neste ato por seu representante legal.

B. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO NA ANS

Nome:_____
Endereço:_____
E-mail: _____Telefone: _____
Filiação: _____
Data de Nascimento: _____ CPF: _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____
Cadastro Nacional de Saúde – CNS_____, a seguir designada simplesmente CONTRATANTE, tem entre si justo e contratado o que abaixo estabelecem, através das condições.

C. NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO NA ANS

ODONTO PAS FÁCIL II - REGISTRO Nº 491873228

D. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Registrado sob a contratação Coletivo por Adesão.

E. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Registrado sob a segmentação Assistencial Odontológica.

F. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Área Geográfica: Estadual

G. FORMAÇÃO DE PREÇO

Formação de preço pré-estabelecido.

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 – O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços assistenciais com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência odontológica, a todos os procedimentos odontológicos constantes no rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento e

MODELO

cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, em conformidade com o previsto no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/98 e as disposições que a regulamentam (o texto de lei, suas modificações e regulamentação podem ser obtidos no sítio www.ans.gov.br).

1.2 – O presente contrato, no que diz respeito às obrigações nele encerradas, reveste-se das características de adesão e bilateralidade, gerando direitos e obrigações para ambas as partes na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, e sujeito às disposições do art. 54 do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 – Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

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

a) O cônjuge;
b) O companheiro (a)
c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
d) Os tutelados e os menores sob guarda;
e) Os pais e irmãos.
f) Parentes diretos;

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

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 – A cobertura se dará nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a área de abrangência estabelecida no contrato e as disposições previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

3.1.1 – Este contrato prevê cobertura de custos odontológicos para os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos da ANS, que pode ser consultado através dos sites www.ans.gov.br ou www.saudepas.com.br

3.2 – A CONTRATADA se reserva o direito de exigir, assumindo integralmente os respectivos custos, auditoria inicial, para liberação de quaisquer tratamentos, e final, em todos os tratamentos odontológicos realizados.

3.3 – O não comparecimento do Beneficiário à auditoria inicial impede a liberação de qualquer tratamento proposto.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÃO DE COBERTURA

4.1 – Estão excluídos da cobertura prevista neste Contrato os seguintes serviços:

a)Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
c) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
d) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
e) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/ odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
f) Tratamento odontológico decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
g) Assistência domiciliar de qualquer natureza;

MODELO

h) Todos os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica;
i) Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica, e suas despesas hospitalares;
j) As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
k) Procedimentos realizados após a rescisão deste Contrato.

CLÁUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

5.1 – O presente Contrato terá vigência inicial de 12 meses, vigorando pelo prazo mínimo de 01 ano, sendo seu início a partir da assinatura do Contrato ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

5.2 – O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

5.3 – Nos casos em que o beneficiário titular desejar rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de um ano, acarretará a cobrança de multa rescisória de 20% das mensalidades restantes para se completar 12 meses.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

PROCEDIMENTOS	PRAZOS
Urgência/Emergência	24 horas
Diagnóstico	30 dias
Radiologia	30 dias
Prevenção em Saúde Bucal (Profilaxia)	60 dias
Dentística	30 dias
Periodontia	30 dias
Endodontia	30 dias
Cirurgia	90 dias
Demais casos	30 dias

CLÁUSULA SÉTIMA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

7.1 – Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da CONTRATADA:
I. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
II.Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
III. Imobilização dentária temporária;
IV. Recimentação de trabalho protético;
V. Tratamento de alveolite;
VI. Colagem de fragmentos;
VII. Incisão e drenagem de abscesso extraoral;
VIII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral; e
IX. Reimplante de dente avulsionado.

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

7.2 – DO REEMBOLSO:
7.2.1 – Será garantido ao beneficiário o reembolso - conforme a tabela vigente do Plano - das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede

MODELO

assistencial do plano.

7.2.2 – O beneficiário terá o prazo de 06 (seis) meses para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- Recibo ou nota fiscal com a especificação do (s) procedimento (s) executado (s) na consulta;
- Nome do beneficiário atendido;
- Nome do titular ou responsável pelo contrato;
- Assinatura do responsável pela realização dos procedimentos;
- CPF/CNPJ, CRO ou ISS e endereço completo do dentista ou clínica;
- Relatório técnico Odontológico, incluindo-se eventual documentação radiográfica.

7.2.3 – O reembolso será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esse junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA OITAVA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

8.1 – A Contratada credenciará prestadores de serviços odontológicos, cuja utilização, será facultada aos Beneficiários, sendo que no caso de utilização, o pagamento das despesas cobertas realizadas será efetuado pela Contratada diretamente à pessoa física ou jurídica prestadora de serviços.

8.2 – O Beneficiário será atendido por dentistas integrantes da Rede Credenciada, em conformidade com o presente Contrato, mediante hora marcada. A data e hora da consulta serão determinadas por iniciativa do Beneficiário e de acordo com a disponibilidade do dentista.

8.3 – Considera-se Urgência/Emergência, o atendimento extraordinário, sem prévio agendamento, nos casos em que haja, a critério técnico, a necessidade de atendimento imediato.

8.4 – No ato da consulta o Beneficiário deverá apresentar um documento de identidade oficial com fotografia, carteira de identificação emitida pela Contratada.

8.5 – O procedimento de utilização dos serviços da Rede Credenciada dar-se-á através da identificação do Beneficiário a um prestador pertencente à Rede Credenciada da SAÚDE PAS MEDICINA E ODONTO, cabendo a estes últimos a responsabilidade pelo tratamento realizado.

8.6 – A operadora tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de Prestadores integrantes de sua Rede Credenciada.

8.7 – Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada, o Beneficiário receberá no endereço de correspondência o Manual da Rede Credenciada, poderá também consultar a Central de Atendimento ao Usuário da SAÚDE PAS Medicina & Odonto através do fone: 0800-541 66 66, cuja ligação é gratuita, ou ainda pelo site da SAÚDE PAS Medicina & Odonto no seguinte endereço: www.saudepas.com.br.

CLÁUSULA NONA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

9.1 – Este contrato é regido pelo regime de preço pré-estabelecido.

9.2 – Os valores previstos para a contraprestação fixa (regime pré-estabelecido) foram definidos com base nos preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, ficando definido o valor registrado no termo de adesão respectivo.

9.3 – As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

9.4 – Cobrança de multa de 2% e juros moratórios de 1% a.m. a partir do vencimento, a vigorar a partir de 1° de janeiro de 2022.

MODELO

CLÁUSULA DÉCIMA – REAJUSTE

10.1 – Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com índice de reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.2 – Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

10.3 – 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.

10.3.1 – Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R\ (\text{reajuste}) = \frac{S\ (\text{sinistralidade observada})}{Sm\ (\text{meta de sinistralidade})} - 1 \times 100$$

10.4 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

10.6 – Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, 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.

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

10.8 – Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CONDIÇÃO DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

11.1 – Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do presente contrato;

b) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

11.2 – Perda da qualidade de beneficiário dependente:

a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;

b) a pedido do Beneficiário Titular;

c) fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

11.4 – A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do contratante, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;

b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato.

MODELO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – RESCISÃO CONTRATUAL E DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS

12.1 – DA SUSPENSÃO:

12.1.1 – O atraso no pagamento da mensalidade, pelo CONTRATANTE, por um período superior a 15 (quinze) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura, mediante prévia notificação do beneficiário, concedendo-lhe prazo para purga da mora.

12.2 – DA RESCISÃO:

12.2.1 – O contrato será rescindido entre as partes na seguinte situação:

a) Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência, com concessão de prazo para purga da mora, nos termos do inciso II do art. 13 da Lei 9656/98;

12.2.2 – O encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com o Estatuto da CONTRATADA, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS

13.1 – O CONTRATANTE declara para todos os fins seu pleno consentimento com o tratamento dos seus dados informados no ato desta contratação e posteriormente, com a finalidade de manutenção de plano de saúde contratado e prestação de serviços médicos, incluindo o compartilhamento destas informações com a rede credenciada de médicos prestadores de serviço para o atendimento médico-hospitalar, bem como para fins de oferta, pela CONTRATADA ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos médicos.

13.2 – O CONTRATANTE confirma que recebeu consentimento prévio dos beneficiários dependentes para a sua inclusão no plano de saúde, bem como para o envio, recebimento e tratamento, por tempo indeterminado, no tocante às informações de cada dependente, inclusive de teor médico e sensível, pelo beneficiário titular, responsabilizando-se este integralmente por eventual acesso não autorizado diretamente junto ao dependente.

13.3 – A CONTRATADA se compromete com o sigilo e integridade dos dados fornecidos com vistas à manutenção do plano de saúde e prestação de serviços médico-hospitalares, implementando medidas técnicas e organizacionais para proteger os dados pessoais contra a destruição, perda, alteração, difusão ou o acesso não autorizado, vedada a utilização destes dados para qualquer finalidade diversa da prevista neste presente contrato, salvo autorização e consentimento prévio, expresso e destacado do CONTRATANTE.

13.4 – Toda e qualquer solicitação de alteração, eliminação, inclusão ou demanda relativa a dados e informações do CONTRATANTE deverá ser formalizada junto à CONTRATADA por escrito, inclusive a solicitação de cópia de prontuários, salvo situações de urgência ou emergência.

13.5 – A CONTRATADA se responsabiliza por eventual situação de violação de dados a que tenha dado ensejo, comunicando imediatamente o titular do dado violado e a autoridade competente, adotando as medidas necessárias para conter os efeitos decorrentes do incidente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 – O CONTRATANTE declara expressamente ter recebido, neste ato, cópia do presente contrato, o qual estabelece em linguagem clara e simples sobre todos os direitos e obrigações contratuais dos Beneficiários, as formas e condições de utilização do plano, os limites de cobertura, os procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como as informações sobre os recursos disponibilizados pelo SAÚDE PAS MEDICINA E ODONTO para verificação da Rede Credenciada.

14.2 – Fazem parte integrante deste Contrato os seguintes documentos:

MODELO

a) Proposta de Admissão;
b) Manual de Orientação do Beneficiário onde consta o Rol da Rede Credenciada;

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ELEIÇÃO DO FORO

15.1 – Fica eleito o foro de residência do CONTRATANTE, para dirimir toda e qualquer dúvida resultante deste contrato.

15.2 – Por estarem assim justos e contratados, firmam este instrumento e a Proposta de Adesão, que o integra para todos os efeitos de direito, na presença de duas testemunhas também ao final firmada e conhecida dos representantes das contraentes.

Porto Alegre, _____de _____de _____.

_____

CONTRATANTE

_____

SAÚDE PAS MEDICINA E ODONTO – CONTRATADA
LUIZ ONOFRE MACHADO MEIRA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____ **2. Nome:** _____

CPF: _____ **CPF:** _____

MODELO