CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICO COLETIVO POR ADESÃO

Segmentação Assistencial Odontológica

1- CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

1.1. Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado **DELFHI PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o **nº 27.832.058/0001-58**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. **42108-1** e classificada nesta como **ODONTOLOGIA DE GRUPO**, com sede à **AV. PRUDENTE DE MORAIS, 624 PETRÓPOLIS - NATAL/RN CEP: 59.020-510**, Rio Grande do Norte, neste ato representada na forma do seu contrato social e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA.**

2- CLÁUSULA SEGUNDA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1. De outro lado, **SINDICATO DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RN - SINDJUSTIÇA** inscrita no CNPJ sob o nº. **08.693.715/0001-89**, localizado a **R RADIALISTA MONTEIRO NETO, 1492 CANDELÁRIA II – NATAL/RN CEP: 59.064-140**, doravante designada CONTRATANTE.

3- CLÁUSULA TERCEIRA

OBJETO DO CONTRATO

3.1. O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos pela CONTRATADA das despesas com os procedimentos de assistência odontológica prestada por terceiros aos BENEFICIÁRIOS indicados pela CONTRATANTE e nas condições de cobertura estabelecidas no presente contrato e de acordo com o estipulado no plano contratado em obediência à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sua regulamentação.

4- CLÁUSULA QUARTA

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

4.1 . Nome do Plano **ESSENCIAL GROUP.**
4.2 . Registro na ANS nº. 479563176.

5- CLÁUSULA QUINTA

TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1 . Contratação Coletiva Por adesão.

6- CLÁUSULA SEXTA

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

6.1. A segmentação assistencial do plano incluído neste contrato é exclusivamente odontológica.

7- CLÁUSULA SÉTIMA

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

7.1. Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada, na abrangência geográfica grupo de Municípios: **NATAL E GRANDE NATAL**, todas do estado do Rio Grande do Norte, em consonância com a classificação estabelecida na legislação vigente.

7.2. A CONTRATADA disponibilizará Orientador Odontológico com a lista de todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), constando os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso.

7.2.1. Por se tratar de plano com abrangência geográfica Municípios, os prestadores poderão estar distribuídos por mais de um orientador, de acordo com as diferentes cidades.

7.3. O orientador odontológico será disponibilizado através de meio físico, ou on-line, através do site www.delfhiodonto.com.br, a critério da CONTRATADA.

8- CLÁUSULA OITAVA

ÁREA DE ATUAÇÃO

8.1. As áreas de atuação do plano odontológico descritas na cláusula quarta compreendem as cidades que integram a área geográfica de abrangência do produto, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

9- CLÁUSULA NONA

ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art.1º, da Lei nº.9.656/98, visando a assistência odontológica com cobertura para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.

9.2. O presente contrato de adesão reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a CONTRATANTE o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la.

9.3. Outrossim, este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei Federal nº. 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la

10- CLÁUSULA DÉCIMA

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1. 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.

10.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE.

a) Sejam Filiados ao **SINDICATO DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

10.3. 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)Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes.

b)Os filhos, os enteados, os tutelados que ficam equiparados aos filhos, para fins deste contrato.

c) Pai, mãe, irmãos, avós, netos(as), tios(as), sobrinho(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrastra, enteado(a), cunhado(a) e concunhado(a).

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

10.5. São vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

10.6. Caberá à operadora de plano de assistência à saúde exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário

10.7. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

10.8. Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, é assegurada a inscrição neste plano de assistência à saúde, se incluídos no contrato até 30 (trinta) dias após a data do nascimento ou adoção, sendo que ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência.

11- CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente na época da realização do evento para a segmentação odontológica, para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, incluindo:

11.1.1. A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação odontológica, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

11.1.2. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos previstos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação odontológica.

12- CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

EXCLUSÕES CONTRATUAIS

12.1. O presente contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso, EM QUALQUER HIPÓTESE, para os eventos que se seguem:

12.1.1. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

12.1.2. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

12.1.3. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental definido pela autoridade competente;

12.1.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações;

12.1.5. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência do plano,

bem como despesas decorrentes de serviços prestados por cirurgiões dentistas não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;

12.1.6. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);

12.1.7. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;

12.1.8. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

12.1.9. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;

12.1.10. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimento s e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

12.1.11. Transplantes ósseos;

12.1.12. Enxertos ósseos, biomateriais e gengivais;

12.1.13. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;

12.1.14. Quaisquer tratamentos ou exames sem indicação clínica;

12.1.15. Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

12.1.16. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;

12.1.17. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares;

12.1.18. As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos

odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório;

12.1.19. Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar;

12.1.20. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, ainda que utilizado durante o atendimento odontológico;

12.1.21. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

12.1.22. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

12.1.22. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento;

12.1.23. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

12.1.24. Reembolso de qualquer natureza, dentro ou fora da rede credenciada, exceto os casos de urgência e de emergência previstos neste instrumento;

12.1.25. Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;

12.1.26. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;

12.1.27. Cirurgias e Tratamentos a laser;

12.1.28. Clareamento dentário.

12.1.29. Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos;

12.1.29. A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de

natureza estética na substituição de restaurações funcionais;

12.1.30. Transporte do paciente;

12.1.31. Teleradiografia;

13- CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1. O contrato terá duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses, sendo que sua vigência se dá a partir da data de sua assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à CONTRATADA.

13.2. 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, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

14- CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

PERÍODOS DE CARÊNCIA

14.1. Os usuários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

14.1.1. Procedimentos/Prazo:

a) Diagnóstico 0 dias;

b) Radiologia 0 dias;

c) Prevenção em Saúde Bucal 0 dias;

d) Dentística 0 dias;

e) Periodontia 0 dias;

f) Endodontia 0 dias;

g) Cirurgia 0 dias;

h) Urgência/Emergência/24 horas;

i) Demais Casos 0 dias.

14.2. Em caso de urgência/emergência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas

14.3. A contagem da carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão pelo USUÁRIO.

14.4 . Não será exigida carência quando houver:

14.4.1. A inscrição de 30 beneficiários ou mais no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.

14.4.2. O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

15- CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

15.1. Não se aplica.

16- CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1. Estão cobertos os seguintes procedimentos de emergência e urgência:

a) Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;
b) Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
c) Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;
d) Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;
e) Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;
f) Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
g) Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
h) Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
i) Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;
j) Outros procedimentos que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a Segmentação Odontológica, editado pela ANS e vigente à época do evento, definir como de urgência/emergência.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

16.2. Será garantido ao Beneficiário CONTRATANTE o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, **sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.**

16.3. O valor do reembolso nas urgências e emergências não pode ser inferior ao da tabela praticada pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo produto, conforme disposto no art. 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98.

16.4. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão devolvidos, na hipótese do pagamento não serem integral:

16.4.1. Solicitação de reembolso em formulário próprio, fornecido pela CONTRATADA;

16.4.2. Relatório do odontólogo assistente declarando o nome do paciente, data do atendimento e descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados;

16.4.3. Conta odontológica, discriminando materiais e medicamentos porventura consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais da clínica;

16.4.4. Recibos individualizados de honorários dos odontólogos assistentes, discriminando funções e o evento a que se referem.

16.5. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência.

16.6. beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso.

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

17- CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar: -

17.1. **Documento de identidade oficial com foto; - a requisição para a realização de exames ou tratamentos; e - a Autorização Prévia da CONTRATADA para a realização do serviço.**

17.2. Todos os serviços odontológicos cobertos pelo presente Contrato estão sujeitos à prévia autorização da CONTRATADA, exceto consulta inicial e os casos de urgência, sendo garantido ao

beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação.

17.3. Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não pertencentes à Rede.

17.4. A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à CONTRATADA, assinada e datada pelo cirurgião-dentista ou médico assistente do caso, e assinada também pelo Beneficiário. 1

17.5. Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do presente Contrato, fica garantido ao Beneficiário a formação de uma Junta Odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

17.6. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro, desempatador será paga pela CONTRATADA.

17.7. Indicador de Serviços da Rede é a relação de prestadores de serviços odontológicos, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.

17.8. Manual do Beneficiário é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores moderadores, limites de cobertura, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela CONTRATADA para a agilização do atendimento.

17.9. O manual será atualizado pela CONTRATADA e ficará disponível ao beneficiário na sede da CONTRATADA, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

18- CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

18.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré -estabelecido.

18.2. A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante.

18.3. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade,

através da emissão de faturas.

18.4. O valor mensal por beneficiário é de **R$ 15,00** (Quinze reais)

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

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

18.7. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

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

18.9. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

18.10. O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

18.9. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

18.10. O BENEFICIÁRIO TITULAR declara ter ciência expressa e desde já autoriza o registro de seu nome em cadastro de inadimplentes, a exemplo do SPC E SERASA, na hipótese de inadimplência das faturas contratadas. Antes da inclusão do nome do O BENEFICIÁRIO TITULAR nos registros SPC e SERASA, haverá uma notificação antecipada de 10 dias, diretamente a sede da CONTRATANTE.

19- CLÁUSULA DÉCIMA NONA

REAJUSTE

19.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 1 mês em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

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

19.2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 30% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

19.2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula: R = S - 1 Sm
Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

19.3. 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.

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

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

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

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

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

20- CLÁUSULA VIGÉSIMA

FAIXAS ETÁRIAS

20.1. Não se aplica.

21- CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

21.1.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do presente contrato;
b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

21.1.2. 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.

21.2. Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

21.3. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses: a) fraude; b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato.

22- CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

SUSPENSÃO

22.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) dias implicará, na suspensão do contrato, ficando suspensas as aprovações de orçamentos e a execução de tratamentos não iniciados, de todos os usuários inscritos, até a efetiva regularização do débito.

RESCISÃO

22.2. O descumprimento de qualquer cláusula do presente contrato enseja sua rescisão mediante comunicação escrita, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

22.2.1. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

a) fraude comprovada;

b) a distribuição da ação ou a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da CONTRATANTE;

c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 60 (sessenta) dias, desde que a CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;

d) as exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 30 pessoas, ou ainda, nos 02 primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;

e) descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato.

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

a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus; ou
b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50 %(cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do Contrato.

22.4. Após a vigência do período de 12 (doze) meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

22.5. A falta de comunicação, nos termos das cláusulas anteriores, implica na subsistência das obrigações assumidas.

23- CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA

ELEIÇÃO DE FORO

23.1 – Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do CONTRATANTE.

24- CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

DISPOSIÇÕES GERAIS

I - DAS DEFINIÇÕES: Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

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 médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o CONTRATANTE paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência. CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

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

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

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

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

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

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

Local e Data: Natal/RN, 01 de Setembro de 2018.

Contratante;

SINDICATO DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO PODER JUDICIÁRIO DO RN – SINDJUSTIÇA/RN
CNPJ: 08.693.715/0001-89

Contratada;

DELFHI PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA
CNPJ: 27.832.058/0001-58

1° Testemunha

CPF

2° Testemunha

CPF