



#### **PROPOSTADEADESÃO**

PROPOSTANº {{PropostaNumero}}

INÍCIODAVIGÊNCIA {{DataVigencia}}

#### **DADOSCADASTRAIS**

\* T NomeCompleto:
Nulla sint consectet

NomedaMãe:

Consectetur illum e

DatadeNasc. Sexo: EstadoCivil: CPF:

2000-08-10 {{TitularEstadoCivil}} 8991523803

RG: ÓrgãoExp.: NºCNS:

Non omnis Praesentium sit

E-mail:

berakyvy@mailinator.com

DDD+ Tel. Residencial: DDD+ Tel.Celular: DDD+ Tel.Comercial:

+1 (203) 647-1946Quas ut

End.ResidencialCompleto:

Rua Doutor José de Almeida Pimpão

Nº Complemento: Bairro:

111 nullSítio Cercado

CEP:Município:UF:81920060CuritibaPR

#### **DEPENDENTES**

\*\* D

#### NomeCompleto:

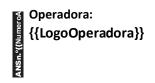
 $\{\{Dependentes[]. DependenteNome\}\}$ 

#### NomedaMãe:

{{Dependentes[].DependenteMae}}

DatadeNasc.Sexo:EstadoCivil:CPF:GRAUPARENTESCO:{{Dependentes[].Dependent





#### **PROPOSTADEADESÃO**

PROPOSTANº {{PropostaNumero}}
INÍCIODAVIGÊNCIA {{DataVigencia}}

#### **DEPENDENTES**





PROPOSTADEADESÃO

PROPOSTANº {{PropostaNumero}}

INÍCIODAVIGÊNCIA {{DataVigencia}}

#### **PLANO PRETENDIDO**

Nome Plano:

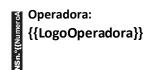
{{nomePlano}}**ANS**: {{ansPlano}}**Segmentação:**{{seg mantacao}}

Abrangência:{{abrangenciaPlano}}
Coparticipação:{{coparticipacaoPlano}}

#### **FORMADEPAGAMENTO**

{{InfosBancarias}}





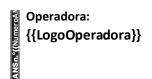
# PROPOSTADEADESÃO PROPOSTANº {{PropostaNumero}}

{{DataVigencia}}

INÍCIODAVIGÊNCIA







## PROPOSTADEADESÃO (OSTAN)

PROPOSTANº {{PropostaNumero}}

INÍCIODAVIGÊNCIA {{DataVigencia}}

Pelopresente, declaro expressamente que lie compreendio "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde" (MPS), editado pela Agência de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOUCIENTE QUE:

- 1. Esteinstrumento éa Proposta de Adesão, doravante de nominadas implesmente "Proposta", ao plano o donto lógico co letivo por adesão, doravante de nominado simplesmente "benefício", estipulado pela Mount Hermon Administradora de Benefícios Ltda., doravante de nominada simplesmente "Administradora de Benefícios", com a Dental Uni Cooperativa Odonto lógica, doravante de nominadas implesmente "Operadora", edestinada à população que mantenha vínculo coma minha entidade de classe, doravan tre nominadas implesmente "Entidade", indicada na página 1 desta Proposta.
- 2. Mantenhovínculocoma Entidade indicada na página 1 desta Proposta, sendo que adocumentação comprobatória dessevínculo está sendo entregue por mim ao angariador, no ato da assinatura desta, para que seja conferida pela Administradora de Benefícios, podendo ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa da adesão, a taxa de angariação será devolvida amimpelo angariador que arecebeu.
- 3. Serãoaceitostodososmeusdependentes.
- **4.** A responsabilidade pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquercircunstânciaquepossainfluirnaaceitaçãodesta**Proposta**,napermanênciae/ounovalormensaldo**benefício**éúnicaeexclusivamen teminha; Omissões ou dados errôneos acarretarão na perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s),decorrentesdo**benefício**.
- **5.** Efetivada a análise dos documentos e das informações prestadas nesta Proposta, de acordo com a legislação vigente, seráimplantadapela**Operadora**eo**benefício**teráinícionadataindicadanocampo"Iníciodavigência",napágina1dapresente;tantoeuquant omeu(s)dependente(s)passaremosaserdenominados"**beneficiários**".
- **6.** Assim que eu assumir a condição de**beneficiário**titular, ficam outorgados à**Administradora de Benefícios**amplos poderes paramerepresentar,perantea**Operadora**eoutrosórgãos,emespeciala**ANS**,nocumprimentoe/ounasalteraçõesdeste**benefício**,bemcom onanegociaçãodosreajustesdosvalores mensais.
- 7. O contrato do plano odontológico coletivo por adesão firmado entre a Administradora de Benefíciose a Operadora, no qualpassarei a integrar, vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, e será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes, seja pela Administradora de Benefícioso u pela Operadora. A vigência dobenefício indicada na página 1 desta Proposta não se confunde com

  a vigência docontratodo plano odontológico coletivo por adesão. Em caso de rescisão desse contratodo plano odontológico coletivo por adesão, a Admi
- nistradoradeBenefíciosmefaráacomunicaçãodessefatoemprazonãoinferiora30(trinta)dias.
- **8.** Algunsplanosdestecontratodoplanoodontológicocoletivoporadesão,identificadosnapágina3desta**Proposta**,possuementreos seus mecanismos de regulação a coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo**beneficiário**sempreque houver a realização de consultas, exames, procedimentos, respeitadas as resoluções e instruções normativas da**ANS**vigentes àépocadaestipulaçãodocontratodoplanoodontológicocoletivoporadesãoeconformeoquadroaseguir:





PROPOSTADEADESAC	
PROPOSTANº {{PropostaNumero}}	
INÍCIODAVIGÊNCIA	{{DataVigencia}}

PLANOS	CÓDIGOANS	SEGMENTAÇÃO	ACOMODAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO
{{nomePlano}}	{{ansPlano}}	{{segmentacaoPlano}}	-	{{coparticipacao}}

- 9. Obenefíciocobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares relacionados no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", instituído pela**ANS**, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças eProblemasRelacionadosàSaúde(CID-
- 10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste **benefício**.
- **10.** Além das coberturas referidas no item 9, este**benefício**pode oferecer, conforme as condições de cada plano, coberturas e/oubenefíciosadicionais.
- **11.** As coberturas excluídas do benefício são aquelas que não se incluem no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", da ANS, nem nas coberturas adicionais eventualmente oferecidas por este **benefício**, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº9.656/98e nasnormas regulamentares da**ANS**.
- **12.** Osprazosdecarênciasãoosperíodosnosquaisnemeunemmeu(s)beneficiário(s)dependente(s)teremos direitoaadeterminadascoberturas, mesmo que em dia com o pagamento do benefício. Há prazos de carência para utilização do benefício, conforme tabelaindicativaaseguir.Paraefeitosdeisençãodecarências,devem-seobservarasnormasregulamentaresdaANSealegislaçãoemvigor.

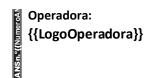
DESCRIÇÃO	CARÊNCIACONTRATUAL
Urgência/Emergência	24Horas
Diagnóstico	30Dias
Radiologia	60Dias
Prevenção em Saúde Bucal	90Dias
Dentística	90Dias
Periodontia	60Dias
Endodontia	90Dias
Cirurgia	90Dias
Demaiscasos	90Dias

**13.** Ascaracterísticas do **benefício** relativasa: (i) segmentação assistencial; (ii) acomodação eminternação; e(iii) abrangência geográfica estão definidas na página 3 desta **Proposta** e, a área de atuação do splanos constano quadro a seguir:

PLANOS	CÓDIGOANS	SEGMENTAÇÃO	ÁREADEATUAÇÃO
{{nomePlano}}	{{ansPlano}}	{{segmentacaoPlano}}	{{areaAbrangenciaPlano}}

- 14. O pagamento do valor mensal dobenefício, bem como dos eventuais valores de coparticipação, será no mesmo dia do mês dadata do iníciode vigênciado benefício descrita na página 1 esua forma será aquelaindicada na página 3 desta Proposta, sendoqueafaltade pagamento nadatado se uvencimento a carretarán a cobrança dejuros de 1% a omês (0,033% a odia) e à multade 2% sobre o valor do débito em atraso, calculados proporcionalmente ao tempo de inadimplência e ainda, se for o caso, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais e outras despesas de cobrança. No perío do de inadimplência, poderá o correra suspens ão automáticado benefício, cujautilização somentes erá resta belecida a partir da quitação do (s) valor (es) pendente (s), acrescido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 18 desta Proposta. No caso de inadimplência, a contardada ta deseuvencimento, a Administradora de Benefícios adotarámedidas para a cobrança dos valores ematraso, a carretando, inclusive, o envio das informações do beneficiário titular, ou de seu responsá vel legal, aos órgãos de serviço de proteção a ocrédito, mediante prévia comunicação, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor.
- 15. In dependente mente da data daminha Proposta, ovalor mensal do benefício poder 'a so freros seguintes reajustes:





PROPOSTADEADESAG		
PROPOSTANº {{PropostaNumero}}		
INÍCIODAVIGÊNCIA	{{DataVigencia}}	

(I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custos, utilização dos serviçosmédicoseusodenovastecnologias, cuja periodicidades erá anual, semprenomês de aniversário do contrato ce lebrado entrea Operadorae a Administradora, independente da data de inclusão dos beneficiários no plano odontológico, nunca ocorrendo, porém, emperiodicidade inferiora 12 (doze) meses, daúltima aplicação do reajuste anual;

- (II) reajuste(s)emoutra(s)hipótese(s),quevenha(m)aserautorizado(s)pela ANS,contratado(s)entrea Administradora de Benefícios ea Operadora, além de previamente comunicado(s) ao beneficiário.
- **16.** Devosolicitare informar expressamente à **Administra dora de Benefícios** to da equal que ralteração cada stral, tal como a eventual perdade elegibilidade.
- 17. Podereisolicitarocancelamentodobenefícioà Administradora de Benefícios, deacordo comos normativos da legislação em vigor. Obenefí cio poderá ser cancelado unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações (i) por uma das pessoas jurídicas contratantes (Operadora, Administradora de Benefício sou Entidade); (ii) em caso de perdada e legibilidade, se constatada fraude nou sodo plano o una sinformações prestadas na contratação; (iii) pela faltade pagamento do valor mensal do benefício a último dia da vigência referente ao mês não pago, mediante comunicado prévio. No caso de cancelamento do benefício, haverá minha exclusão e a de meu (s) beneficiário (s) dependente (s), sem prejuízo da cobrança do (s) valor (es) não pago (s), incluídos juros e multa.
- **18.** No caso de cancelamento do**benefício**, devolverei imediatamente à**Administradora de Benefícios**os cartões de identificaçãodo(s)**beneficiário(s)**, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do**benefício**,incluindoautilizaçãoporterceiros,comousemomeuconhecimento.
- **19.** Não haverán en huma continuidade deste **benefício** nashipótes esprevistas no sartigos 30 e 31 da Lein e 9.656/98, que cuidam da continuida de assistencialem casos dedemissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipótes es es sasto talmente diversas das que se aplicama este **benefício**.
- **20.** Podereipostularnovaadesãoao **benefício**, apósserfeitanovaanálisee aceitação das condições de minha elegibilidade ea póster quitado e ventuais débitos anteriores. Anovaa desão estarás ujeita ao cumprimento de novos prazos de carências parciais outo tais, de acordo comos nor mativos da legislação em vigor.
- **21.** Poderei desistir desta**Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à**Administradora deBenefícios**noprazomáximode7(sete)dias,contadosapartirdadatademinhaassinaturanesteinstrumento,autorizandoacobrançadataxa deangariaçãoedovalormensaldo**benefício**,casoesseprazonãosejaobservado.Respeitandooprazoparadesistência,ataxadeangariaçãoser ádevolvidaamim peloangariadorquearecebeu.
- **22.** A minha manifestação de vontade, ao aceitar esta **Proposta**, não poderá ser questionada pelo mero fato de ter sido assinada pormeioeletrônicoe, paratodosos fins de direito, esta **Proposta** equivalea um documento particular. Declaro, a inda, aceitar como válido o mei o tecnológico adotado pela **Administrado rade Benefícios** para acelebração desta **Proposta**, uma vez que garantidas a autoria e integridade do documento em forma eletrônica, nos termos da legislação em vigor.
- **23.** O tratamento de meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis do(s) **beneficiário(s)** dependente(s) pela **Administradora deBenefícioseOperadora**, paraosfins do preenchimento da **Proposta** e regular prestação dos serviços de assistência à saú de contratados, visa a tendera sexigências degarantia as sistencialo brigatória esta belecidas na Instrução Normativa-

INNº8,de30demarçode2022daAgênciaNacionaldeSaúdeSuplementar-

ANS,eserárealizadoindependentementedomeuconsentimentoedo(s) **beneficiário(s)** dependente(s) de dados manifestado no ato da contratação, sempre de modo a resguardar os direitos fundamentais de liberdade,privacidadeelivredesenvolvimentodapessoanatural,emobservânciaàLeiFederalnº13.709/2018(LeiGeraldeProteçãodeDado sPessoais—LGPD)"

**24.** Asprimeiras 12 (doze) mensalidades serão custeadas pela **Administradora de Benefícios**, sendo que, apenas, apartir do 13º mês, será **arrecadado juntamente coma mensalidade** do plano de saúde, ovalor correspondente a oplano do noto lógico.

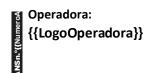




PROPOSTADEADESAC		
PROPOSTANº {{PropostaNumero}}		
INÍCIODAVIGÊNCIA	{{DataVigencia}}	

- **25.**. O valor a ser pago, a partir do 13º (décimo terceiro) mês, será o valor vigente à época na Tabela de Vendas da Operadora, jáacrescidosdereajuste anual, sehouver.
- **26.** Casoeufaçaaopção de **upgrade** dos produtos ofertados pela **Operadora**, tenho plenaciência de que aisenção das mensalidades cessaráim edia tamente, havendo aincidência da cobrança da mensalidade correspondente a ovalor vigente para oproduto escolhido e cumprimento das carências contratuais por contada migração de produto.
- **27.** O For opara di rimir quais que rque stões oriun das da presente **Proposta** é o do meudo micílio.





PROPOSTADEADESAC	
PROPOSTANº	{{PropostaNumero}}
INÍCIODAVIGÊNCIA	I/DataVigencial)

### ManualdeOrientaçãoparaContrataçãodePlanosOdonto



DENTALUNI-COOPERATIVAODONTOLÓGICA CNPJ:78.738.101/0001-51 RegistronaANS:30448-4

#### Diferençasentreplanosindividuaisecoletivos

Osplanoscomcontratação individualou familiarsão aqueles contratados diretamenteda operadora deplano de saúde: éo próprio beneficiário que mescolhe as características do plano as ercontratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por umaempresaouórgãopúblico(coletivoempresarial), associação profissional, sindicato o un tidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não deuma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

#### Aspectosaseremobservadosnacontrataçãoouingressoemumplanodesaúde

	PLANOSINDIVIDUAISOU FAMILIARES	PLANOSCOLETIVOS		
		ColetivoEmpresarial		
Carência	Épermitidaaexigênciadecumprimentode períododecarêncianosprazosmáximosest abelecidospelaLei9.656/1998:24horaspa raurgência/ emergência,até300diasparaparto atermoeaté180diasparademais procedimentos.	Com 30participan tesou mais	Nãoépermitidaaexigênciadecumprimentodecarência, des de que o beneficiário formalize o pedido de ingressoematé30(trinta) dias dacelebração do contrato cole tivo oude suavinculação à pessoa jurídica contratante.	
		Com menosde 30participan tes	Épermitidaaexigênciadecumprimentosdecarêncianos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.	
Ca		Coletivo porAdesão		
		beneficiárioingre firmadoentreape saúde. Acadaaniv beneficiáriossem tenhamsevincula dacelebraçãodoc	exigênciadecumprimentosdecarênciadesdequeo essenoplanoematétrintadiasdacelebraçãodocontrato essoajurídicacontratanteeaoperadoradeplanode versáriodocontratoserápermitidaaadesãodenovos nocumprimentodacarência, desdeque:(1)osmesmos adoàpessoajurídicacontratanteapósos30(trinta)dias contratoe(2)tenhamformalizadoapropostadeadesão ata de aniversário do contrato.	

## ColetivoEmpresarial NãoépermitidaaaplicaçãodeCober

#### Com 30participantes oumais

turaParcialTemporária(CPT)ouAg ravo, desdequeobeneficiário formal izeopedidode ingresso em até trinta dias dacelebraçãodocontratocoletivoou desuavinculaçãoapessoajurídica contratante.

## Com menos de30participant

ÉpermitidaaaplicaçãodeCobertura ParcialTemporária(CPT)ouAgrav

#### Coletivo porAdesão

ÉpermitidaaaplicaçãodeCoberturaParcialTemporária (CPT)ouAgravo,independentedonúmero participantes.

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em casopositivo, éobrigatório constarno contrato quaisos serviços de saú de ecomo ser á asua participação financeira. (2) como éo 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 sósão permitidas sehouver previsão no contrato.

#### Reajuste

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto paraos de cobertura exclusivamente odontológica que devem tercláusula clara elegendo um índice de preços divulgado porinstituição externa. Avariação da mensalidade por mudançade faixa etária é o aumento decorrente da alteração idadedobeneficiário, segundofaixas e percentuais devariação dis postos em contrato e atendendo a RN nº 563/2022

Osplanoscoletivos não precisam de autorização préviada AN Sparaaplicaçãodereajusteanual. Assim, nos reajustes aplicad osàsmensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disp ostonocontratoouíndiceresultantede negociação entre as partes contratantes (operadora deplano de saúde e pessoa jurídica), devendo operadoraobrigatoriamentecomunicarosreajustesàANS.O beneficiário de veráficara tento à periodicida de dorea juste que nãopoderáserinferiora12meses,queserãocontadosdacelebr açãodocontratooudoúltimoreajusteaplicadoenãodoingress odobeneficiárioaoplano.Emboranãohajaa necessidade de autorização da ANS. esta ummonitoramentodosreajustesanuaisaplicadosnoscontrato scoletivos. A variaçãodamensalidadepormudançadefaixa etária é o aumento decorrente da alteração de idadedo beneficiário, segundo faixas e percentuais variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº



{{LogoOperadora}} Operadora:

PROPOSTADEADESÃO

AlteraçõesnaRede Assistencial doPlano Vigência

Alterações naredede prestadores deserviço devem serin formadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redim ensionamento por redução de prestador hospitalara alteração necessitas er autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedênciano caso de substituição de prestador hospitalar para que aequivalência se ja analisada pela ANS.

Avigênciamínimadecontratoindividualoufamiliaré 12 meses com renovação automática.

Avigênciamínimadocontratocoletivoénegociadae tem renovação automática.

Regras de Rescisãoe/ouSus pensão Nosplanosindividuaisoufamiliaresarescisãooususpensã o contratual unilateral por parte da Operadorasomente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude;e/ou por**não**pagamento da mensalidade por períodosuperiorasessentadias,consecutivosounão,nosúlt imos doze meses de vigência do contrato, desde queo beneficiário seja comprovadamente notificado até 50ºdia de inadimplência.

Nosplanoscoletivosasregraspararescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre apessoa jurídica contratante e a operadora de plano desaúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seucontrato.

Arescisãounilateralimotivada,porqualquerdaspartes,so mente poderá ocorrer após a vigência do período de12 meses e mediante prévia notificação da outra partecom antecedência mínima de 60 dias.Na vigência docontrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante,aoperadorasópodeexcluiroususpenderassist ênciaàsaúdedebeneficiárioemcasodefraudeouperdado vínculo de titular ou de dependência.

#### Perdadacondição debeneficiário no splanos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentespodemserexcluídosdoplanosdesaúde, que continuavigent e, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, como sindicato, associação profissionalou congênere, órgão públic oou empresa.

# Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planoscoletivosempresariais

Nosplanoscoletivosempresariaisemqueháparticipação financeiradobe neficiárionopagamentodamensalidade, regularenão vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo odireitodepermanêncianesteplanocoletivonocaso dedemissão semjust a causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, éassegurada apermanência do grupo familiar. Obeneficiário temum prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento para se manifestarjunto à empresa / órgão público, como qualmantinha vínculo e mpregatício ou estatuário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. Obeneficiário as sum eintegralmente o pagamento da mensalidade quando o ptapela permanência. O perío do demanutenção

da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, eproporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado econtribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência noplano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando dasua admissão em um novo emprego oucargo.

## Direitodemigrarpara<mark>pla</mark>noindividualoufamiliaraproveitandocar ênciadoplanocoletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem obeneficiodeplanodes aúde extinto, terão odireito desevinculara um plano da mesma operadora com contratação individual oufamiliar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos decarência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões. Acondição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção dobenefício, para contratar, junto à operadora, o Plano Individual ou Familiar.

Estedireitonão existe caso tenha havido apenas atrocade o peradora por parte do contratante (órgão público o uempresa).



Operadora: {{LogoOperadora}}

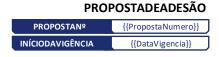
PROPOSTANº INÍCIODAVIGÊNCIA

PROPOSTADEADESÃO

{{PropostaNumero}}







#### Coberturaesegmentação assistencia

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário 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 desaúde a ser contratado pelo beneficiário. 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 prevercoberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº9.656/1998.

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

#### Abrangênciageográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas deassistênciaàsaúdecontratadas. Aabrangênciageográfica podes ernacional, estadual, grupo de estados, municipalo ugrupo de municípios.

#### Áreadeatuação

Éaespecificaçãonominaldo(s)estado(s)oumunicípio(s)quecompõemasáreasdeabrangênciaestadual,grupodeestados,grupo de municípios ou municipal.

Éimportantequeobeneficiáriofiqueatentoaestasinformações, uma vez que asespecificações da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

#### AdministradoradeBenefícios

Quando houver participação Administradora de Beneficios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação donúmerodeparticipantesparafinsdecarênciaouCPTconsideraráatotalidadedeparticipanteseventualmentejávinculadosao plano estipulado.

Seacontratação for deplano coletivo por a desão, para fins de carência considerar-se-ácomo data de celebração do contrato coletivo a datado ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

#### Parainformar-

sesobreesteseoutrosdetalhesdacontratação deplanos desaúde, obeneficiário devecontatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo sitewww.ans.gov.broupeloDisque-ANS (0800-701-9656).

OManualdeOrientaçãoparaContrataçãodePlanosdeSaúdeéumaexigênciadaResoluçãoNormativa195/2009,da AgênciaNacional de SaúdeSuplementar.



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



**Disque-ANS08007019656** www.ans.gov.brouvid oria@ans.gov.br

https://www.dentaluni.com.br/|Tel.:08006033683

ANSn.°30.448-4







Pág.do

PROPOSTANº	{{PropostaNumero}}
INÍCIODAVIGÊNCIA	{{DataVigencia}}

## GuiadeLeituraContratual



DENTALUNI-COOPERATIVAODONTOLÓGICA CNPJ:78.738.101/0001-51 RegistronaANS:30448-4

		Contrato
CONTRATAÇÃO	Determinaseoplanodestina-seápessoafisicaoujurídica. Acontratação podeserIndividual/Familiar, ColetivoporAdesão ou Coletivo Empresarial.	5
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Defineaamplitudedacoberturaassistencialdoplanodesaúde. Asegmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar comobstetrícia, hospitalar semobstetrícia, ambulatorial, odontológicaesuas combinações.	3
PADRÃODE ACOMODAÇÃO	Defineopadrãodeacomodaçãoparaoleitodeinternaçãonosplanoshospitalares ;pode sercoletiva ou individual.	3
ÁREAGEOGRÁFICA DEABRANGÊNCIAE ATUAÇÃO	Áreaemqueaoperadoradeplanodesaúdesecomprometeagarantirtodasas coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, éobrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) quecompõemasáreasdeabrangênciaestadual,grupodeestados,grupode municípios ou municipal.	6
COBERTURAEPR OCEDIMENTOSG ARANTIDOS	Éoconjuntodeprocedimentosaqueobeneficiáriotemdireito, previstonalegisla ção de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos emSaúde, que constituiare ferência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado coma operadora, conforme as egmentação as sistencial dopla no contratado. Obeneficiário devean a lisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	6
EXCLUSÕES DECOBERTUR AS	Éoconjuntodeprocedimentosaqueobeneficiárionãotemdireito, previsto nalegislação desaú de suplementar, conforme as egmentação as sistencial do plano contratado.	6
DOENÇAS E LESÕESPREEXISTENT ES(DLP)	Doençaselesõespreexistentes-DLP- sãoaquelasexistentesantesdacontrataçãodoplanodesaúde,equeobeneficiário ouseuresponsável saibaserportador.	6
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não em direito a coberturaapós a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento decarência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara,no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos osprocedimentosprevistosemseucontratoenalegislação, excetoeventual coberturaparcial temporária por DLP.	6
MECANISMOS DEREGULAÇÃ O	São os mecanismos financeiros (franquia e ou co-participação), assistenciais(direcionamentoe/ouperíciaprofissional)e/ouadministrativos(au torizaçãoprévia)queaoperadorautilizaparagerenciarademandae/ouutilização	6

dosserviçosdesaúde.	
,	





# PROPOSTADEADESÃO PROPOSTANº {{PropostaNumero}} INÍCIODAVIGÊNCIA {{DataVigencia}}

VIGÊNCIA	Defineoperíodoemquevigoraráocontrato.	5
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	Arescisãopõefimdefinitivamenteàvigênciadocontrato. Asuspensão desconti nua a vigência do contrato.	7
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade doplanodesaúdeemrazãodealteraçãonoscustos,ocasionadaporfatorestaisco moinflação,usodenovastecnologiaseníveldeutilizaçãodosserviços. Avariaçã odamensalidadepormudançadefaixaetáriaéoaumento decorrentedaalteraçãodeidadedobeneficiário.	6
CONTINUIDADE NOPLANO COLETIVOEMPRES ARIAL(ART. 30 E 31 DA LEIN°9.656/1998)	Aexistênciadacontribuiçãodoempregadoparaopagamentodamensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participaçãoem eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinadosperíodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justacausaouaposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na leie sua regulamentação.	8

#### Parainformar-

sesobreesteseoutrosdetalhesdacontratação deplanos desaúde, obeneficiário devecontatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo sitewww.ans.gov.broupeloDisque-ANS (0800-701-9656).

OManualdeOrientaçãoparaContrataçãodePlanosdeSaúdeéumaexigênciadaResoluçãoNormativa195/2009,da AgênciaNacional de SaúdeSuplementar.



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



**Disque-ANS08007019656** www.ans.gov.brouvid oria@ans.gov.br

https://www.dentaluni.com.br/|Tel.:08006033683

ANSn.º30.448-4





PROPOSTADEADESAO	
PROPOSTANº	{{PropostaNumero}}
INÍCIODAVIGÊNCIA	{{DataVigencia}}

#### CARTADEORIENTAÇÃOAOBENEFICIÁRIO

#### Prezado(a)beneficiário(a),

AAgênciaNacionaldeSaúdeSuplementar(ANS),Instituiçãoqueregulaasatividadesdasoperadorasdeplanosdeassistênciaàsaúde,tem como missão defender o interesse público e vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃODESAÚDE.

#### **OQUEÉADECLARAÇÃO DESAÚDE?**

ÉoformulárioqueacompanhaoContratodoPlanodeSaúde,ondeobeneficiárioouseurepresentantelegaldeveráinformaras doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, obeneficiáriotemodireitodeserorientado,gratuitamente,porummédicocredenciado/referenciadopelaoperadora.Seoptarporumpro fissionaldesualivreescolha,assumiráocustodestaopção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece odiagnóstico, fezqual que rexame que identifico u algumado ença o ulesão, esteve internado o usub meteusea algumacirurgia, DEVEDECLARA RESTADO ENCA OULESÃO.

# AODECLARARASDOENÇASE/OULESÕESQUEOBENEFICIÁRIOSAIBASERPORTADORNOMOMENTO DACONTRATAÇÃO:

- AoperadoraNÃOpoderáimpedi-lodecontrataroplanodesaúde.Casoistoocorra,encaminheadenúnciaàANS.
- Aoperadoradeveráoferecercoberturatotalou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo a inda oferecero Agravo, que éu macrés cimo novalor da mensalidade, pago a oplano privado de assistência à saúde, para que se possautilizar toda a cobertura contratada, apósos prazos de carências contratuais.
- NocasodeCPT, haverárestrição de cobertura para cirurgias, leitos de altatecnologia (UTI, unidade coronaria na oune onatal) eprocedimentos de altacomplexidade PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à do ença oulesão de clarada, até 24 meses, contados des de aassinaturado contrato. A póso período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passaráa se rintegral, de acordo como plano contratado.
- Nãohaverárestrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames eprocedimentos que não se jam de alta complexidade, mes moque relacionados à do ença ou lesão pre existente de clarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberáa legação posterior de omissão de informação na Declaração de Saú de por parte da operador a para estado ença ou lesão.

# AONÃODECLARARASDOENÇASE/OULESÕESQUEOBENEFICIÁRIOSAIBASERPORTADORNOMOME NTODACONTRATAÇÃO:

Aoperadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ousolicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, de nunciando ao missão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE eresponsabilizá-lopelos procedimentos referentes ado ença ou lesão não de clarada.

AtéojulgamentofinaldoprocessopelaANS,NÃOpoderáocorrersuspensãodoatendimentonemrescisãodocontrato.Casoistoocorra,encaminheadenúnciaàANS.

#### ATENCÃO!

Sea operadora o ferecerredução o uisenção decarência, istonão significa que dará cobertura assistencial para as do enças ou lesões que o ben eficiários aibaterno momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT-

NÃOécarência!Portanto,obeneficiárionãodevedeixardeinformarsepossuialgumadoençaoulesãoaopreencheraDeclaraçãodeSaúde.

Emcasodedúvidas, entre emcontato coma ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte apáginada ANS www.ans.gov.br-Perfil Beneficiário.

<sup>\*</sup>Paraconsultaralistacompletadeprocedimentodealtacomplexidade-PAC,acesseoRoldeProcedimentosdaANSatravésdoendereçoeletrônico:www.ans.gov.br-Perfil Beneficiário.