

Administradora de Benefícios:



ANS 42167-7

Operadora:



ANS 42167-7

Numero da Proposta

202407126845

Data Vigência

12/07/2024

Movimentação: Inclusão

CONTRATANTE (TITULAR PLANO)

CPF: 61354105125

RG: 389825645

Nome completo: Heloisa Eloá Cardoso

Data de Nascimento: 12/12/2000

Endereço Completo: Rua Estevão Gavenda, 833, Cristo Rei, Erechim - RS, CEP: 99708434

Nome da Mãe: Giovana Brenda Agatha

Sexo: Masculino

Email: p.petelak@gmail.com

Telefone Contato: 41988952191 / 47981916885

Estado Civil: Casado

Profissão: Comerciante

Entidade: ANACAV

PLANO PRETENDIDO

PLANOS: DENTALUNI - PLANO AMPLO

COD. ANS: 464.766/11-1

COBERTURA:

COPARTICIPAÇÃO: Não

ABRANGÊNCIA: Nacional

CONTRATAÇÃO: Outro

REPRESENTANTE LEGAL

CPF: 94654014047

Grau Parentesco: Avô/Avó

Nome completo: Luís Yuri Barbosa

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Estado Civil:

Telefone: 41988952191

Email: p.petelak@gmail.com

DEPENDENTES (1)

CPF: 55772930656

Nome: Enrico Kevin Baptista

Nome da Mãe: Bianca Clarice

Data Nascimento: 12/12/2000

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Grau de parentesco:

RG: 135592847

FORMA DE PAGAMENTO

RESUMO

Valor do plano contratado: R\$ 339.72 - Pago em 3x de R\$ 113.24 no cartão de crédito.

Mês de reajuste: Fevereiro

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO

Pelo presente, declaro expressamente que li e compreendi o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde" (MPS), editado pela Agência de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

- Este instrumento é a **Proposta de Adesão**, doravante denominada simplesmente "**Proposta**", ao plano odontológico coletivo por adesão, doravante denominado simplesmente "benefício", estipulado pela Mount Hermon **Administradora de Benefícios** Ltda., doravante denominada simplesmente "**Administradora de Benefícios**", com a Dental Uni - Cooperativa Odontológica, doravante denominada simplesmente "**Operadora**", e destinada à população que mantenha vínculo com a minha entidade de classe, doravante denominada simplesmente "**Entidade**", indicada na página 1 desta **Proposta**.
- Mantenho vínculo com a Entidade indicada na página 1 desta **Proposta**, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo 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 a mim pelo angariador que a recebeu. A **Administradora de Benefícios** e/ou a **Operadora** poderão, a qualquer tempo, requerer a atualização da documentação comprobatória do meu vínculo com a Entidade.
- Serão aceitos como meus dependentes o (a) cônjuge; o (a) companheiro(a) que comprove união estável conforme Lei Civil; os (as) fi lhos (as); o (as) enteado (as); os (as) netos. De qualquer idade, desde que ainda sejam dependentes. Agregados que possuem grau de parentesco com o Titular até o 3º grau: pai; bisavós (ós); ti os (as); mãe; bisnetos (as); sobrinhos (as); avós (ós); irmão (ãs); sogro (a); cunhados (as).
- A responsabilidade pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta **Proposta**, na permanência e/ou no valor mensal do **benefício** é única e exclusivamente minha; Omissões ou dados errôneos acarretarão na perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s), decorrentes do **benefício**.
- Efetivada a análise dos documentos e das informações prestadas nesta **Proposta**, de acordo com a legislação vigente, será implantada pela **Operadora** e o **benefício** terá início na data indicada no campo "Início da vigência", na página 1 da presente; tanto eu quanto meu(s) dependente(s) passaremos a ser denominados "**beneficiários**".
- Assim que eu assumir a condição de **Beneficiário** titular, ficam outorgados à **Administradora de Benefícios** amplos poderes para me representar, perante a **Operadora** e outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações deste **benefício**, bem como na negociação dos reajustes dos valores mensais.
- O contrato do plano odontológico coletivo por adesão firmado entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, no qual passarei a integrar, vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser 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 Benefícios** ou pela **Operadora**. A vigência do **benefício** indicada na página 1 desta **Proposta** não se confunde com a vigência do contrato do plano odontológico coletivo por adesão. Em caso de rescisão desse contrato do plano odontológico coletivo por adesão, a **Administradora de Benefícios** me fará a comunicação desse fato em prazo não inferior a 30 (trinta) dias.
- Com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias para o vencimento do período de cada 12 meses contratados, contados da primeira vigência, deverei denunciar à **Administradora de Benefícios**, por escrito, minha intenção em dar continuidade ou não no meu plano odontológico para o novo período anual. Não havendo minha manifestação de cancelamento, a **Administradora de Benefícios** procederá com renovação automática do meu plano odontológico e de meus dependentes, se houver. Receberei da **Administradora de Benefícios** informativo para quitação das mensalidades na mesma forma de pagamento em que foi aderido o contrato. Este será enviado em até 5 dias antes da renovação do mesmo produto com os valores atualizados, visto que o contrato prevê reajuste das mensalidades.
- Alguns planos coletivos por adesão, podem possuir entre os seus mecanismos de regulação a coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo **Beneficiário** sempre que houver a realização de consultas, exames, procedimentos, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS vigentes à época da estipulação do contrato do plano odontológico coletivo por adesão e conforme o quadro a seguir:

PLANO	CÓDIGO ANS	SEGMENTAÇÃO	ACOMODAÇÃO	MECANISMO DE REGULAÇÃO(COOPARTICIPAÇÃO)
DENTALUNI - PLANO AMPLO	464.766/11-1	ODONTOLÓGICO	-	Sem coparticipação

- O **benefício** cobrirá 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 11 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste **benefício**.
- Além das coberturas referidas no item 9, este **benefício** pode oferecer, conforme as condições de cada plano, coberturas e/ou benefícios adicionais
- 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 nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS.
- Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) **Beneficiário(s)** dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do **benefício**. Há prazos de carência para utilização do **benefício**, conforme tabela indicativa a seguir. Para efeitos de isenção de carências, devem-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação em vigor

DESCRIÇÃO	CARÊNCIA CONTRATUAL
Urgência	24 horas
Diagnóstico e Ortodontia	30 dias
Dentística, Prevenção, Radiologia, Cirurgia e Odontopediatria	60 dias
Periodontia e Endodontia	90 Dias
Prótese	180 Dias

14. As características do **benefício** relativa a: (i) segmentação assistencial e (ii) abrangência geográfica estão definidas na página 3 desta **Proposta** e, a área de atuação dos planos no quadro a seguir:

PLANO	CÓDIGO ANS	SEGMENTAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
DENTALUNI - PLANO AMPLO	464.766/11-1	ODONTOLÓGICO	RN, PE, SE, BA, DF, MG, ES, RJ, SP, PR, SC e RS.

15. O pagamento do **benefício**, será no mesmo dia 10 e sua forma será aquela indicada na página 1 desta **Proposta**, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará na cobrança de juros de 1% ao mês (0,033% ao dia) e à multa de 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 período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática do **benefício**, cuja utilização somente será restabelecida 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 contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** adotará medidas para a cobrança dos valores em atraso, acarretando, inclusive, o envio das informações do **Beneficiário** titular, ou de seu responsável legal, aos órgãos de serviço de proteção ao crédito, mediante prévia comunicação, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor
16. Independentemente da data da minha **Proposta**, o valor mensal do **benefício** poderá sofrer os seguintes reajustes:
- (I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias, cuja periodicidade será **anual**, sempre no mês de aniversário do contrato celebrado entre a **Operadora** e a **Administradora de Benefícios**, independente da data de inclusão dos beneficiários no plano odontológico, nunca ocorrendo, porém, em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, da última aplicação do reajuste anual;
 - (II) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **ANS**, contratado(s) entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, além de previamente comunicado(s) ao **Beneficiário**
17. Devo solicitar e informar expressamente à **Administradora de Benefícios** toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade.
18. Poderei solicitar o cancelamento do **benefício** à **Administradora de Benefícios**, de acordo com os normativos da legislação em vigor. O **benefício** 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 Benefícios** ou **Entidade**); (ii) em caso de perda da elegibilidade, se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação; (iii) pela falta de pagamento do parcelamento contratado ou pela falta de pagamento da renovação anual, 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.
19. No caso de cancelamento do **benefício**, devolvarei imediatamente à **Administradora de Benefícios** os cartões de identificação do(s) **Beneficiário(s)**, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do **benefício**, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.
20. Não haverá nenhuma continuidade deste **benefício** nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este **benefício**.
21. Poderei postular nova adesão ao **benefício**, após ser feita nova análise e aceitação das condições de minha elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão estará sujeita ao cumprimento de novos prazos de carências parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.
22. Poderei desistir desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à **Administradora de Benefícios** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança do valor do **benefício**, caso esse prazo não seja observado
23. A minha manifestação de vontade, ao aceitar esta **Proposta**, não poderá ser questionada pelo mero fato de ter sido assinada por meio eletrônico e, para todos os fins de direito, esta **Proposta** equivale a um documento particular. Declaro, ainda, aceitar como válido o meio tecnológico adotado pela **Administradora de Benefícios** para a celebração desta **Proposta**, uma vez que garanti das a autoria e integridade do documento em forma eletrônica, nos termos da legislação em vigor.
24. O tratamento de meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis do(s) **Beneficiário(s)** dependente(s) pela **Administradora de Benefícios** e **Operadora**, para os fins do preenchimento da **Proposta** e regular prestação dos serviços de assistência à saúde contratados, visa atender as exigências de garantia assistencial obrigatória estabelecidas na Instrução Normativa - IN Nº 8, de 30 de março de 2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e será realizado independentemente do meu consentimento e do(s) **Beneficiário(s)** dependente(s) de dados manifestado no ato da contratação, sempre de modo a resguardar os direitos fundamentais de liberdade, privacidade e livre desenvolvimento da pessoa natural, em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD)
25. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é o do meu domicílio.

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE



DENTALUNI
PLANOS ODONTOLÓGICOS

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
CPNJ: 78.738.101/0001-51
Registro na ANS: 30448-4
<https://www.dentaluni.com.br/> | Tel: 0800 603 3683

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio **Beneficiário** quem escolhe as características do plano a ser contratado.

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

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	<p>COLETIVO EMPRESARIAL</p> <p>Com 30 participantes ou mais Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p> <p>COLETIVO POR ADESAO</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o Beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA(CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o Beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer a cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o Beneficiário . Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo Beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN 558/2022	<p>COLETIVO EMPRESARIAL</p> <p>Com menos de 30 participantes: Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante</p> <p>Com menos de 30 participantes: É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado</p> <p>COLETIVO POR ADESAO</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes</p>
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o Beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração de idade do Beneficiário , segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN 563/2022.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O Beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do Beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do Beneficiário , segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 563/2022.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o Beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de Beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de Beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

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

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do **Beneficiário** no pagamento da mensalidade, regular é não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo de **benefício** decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O **Beneficiário** tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O **Beneficiário** assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de **Beneficiário** do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o **Beneficiário** perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

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

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiveram o **benefício** de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O **Beneficiário** tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do **benefício**, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

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 de saúde 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 enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998. A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o **Beneficiário** a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o **Beneficiário** fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação **Administradora de Benefícios** na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela **Administradora de Benefícios**.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o **Beneficiário** deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

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



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

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

<https://www.dentaluni.com.br/> | Tel: 0800 603 3683

ANS Nº 30448-4

Administradora de Benefícios:



ANS 42167-7

Operadora:



ANS 42167-7

Numero da Proposta

202407126845

Data Vigência

12/07/2024

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)



DENTALUNI
PLANOS ODONTOLÓGICOS

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

CPNJ: 78.738.101/0001-51

Registro na ANS: 30448-4

<https://www.dentaluni.com.br/> | Tel: 0800 603 3683

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletiva ou individual.	1
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	4
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o Beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O Beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	3
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	E o conjunto de procedimentos a que o Beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	3
DOENÇAS E LESÕES PREENSISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o Beneficiário ou seu responsável saiba ser portador	3
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o Beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o Beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	3
CARÊNCIAS REGULAÇÃO MECANISMOS DE	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	3
VIGÊNCIAS	Define o período em que vigorará o contrato.	3
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	4
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em ramo de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do Beneficiário .	4
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	4

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o **Beneficiário** deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



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

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

<https://www.dentaluni.com.br/> | Tel: 0800 603 3683

ANS Nº 30448-4

Administradora de Benefícios:



ANS 42167-7

Operadora:



DENTALUNI

PLANO ODONTOLÓGICO

ANS 42167-7

Numero da Proposta

202407126845

Data Vigência

12/07/2024

ASSINATURA DA PROPOSTA

Dados de Assinatura

Data e horário: Fri Jul 12 2024 11:38:48 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Localização: Lat: -25.4154114, Long: -49.2537428

IP computador: ::1