

DADOS CADASTRAIS

* T

Nome Completo:
Nulla sint consectetur

Nome da Mãe:
Consectetur illum e

Data de Nascimento:
2000-08-10

Sexo: Estado Civil:
{{TitularSexo}} {{TitularEstadoCivil}}

CPF:
8991523803

RG:
Non omnis

Órgão Exp.:
Praesentium sit

Nº CNS:

E-mail:
berakyvy@mailinator.com

DDD+ Tel. Residencial:

DDD+ Tel. Celular:

DDD+ Tel. Comercial:
+1 (203) 647-1946 Quas ut

Endereço Residencial Completo:
Rua Doutor José de Almeida Pimpão

Nº:
111

Complemento:

Bairro:
null Sítio Cercado

CEP:
81920060

Município:
Curitiba

UF:
PR

DEPENDENTES

** D

Nome Completo:
{{DependenteNome}}

Nome da Mãe:
{{DependenteMae}}

Data de Nascimento:
{{DependenteNascimento}}

Sexo:
{{DependenteSexo}}

Estado Civil:
{{DependenteEstadoCivil}}

CPF:
{{DependenteCPF}}

GRAU PARENTESCO:
{{DependenteParentesco}}

T

Titular**

D

Dependentes***

R

Em caso de menor ou incapaz

ANSn.º 42167-7

AdministradoradeBenefícios:



ANSn.º {{NumeroA}}

Operadora:

{{LogoOperadora}}

PROPOSTADEADESÃO

PROPOSTANº

{{PropostaNumero}}

INÍCIODAVIGÊNCIA

{{DataVigencia}}

DEPENDENTES

PLANO PRETENDIDO

Nome Plano:

{{nomePlano}}ANS:

{{ansPlano}}Segmentação:{{seg
mantacao}}

Abrangência:{{abrangenciaPlano}}

Coparticipação:{{coparticipacaoPlano}}

FORMADEPAGAMENTO

{{InfosBancarias}}

VALOR POR BENEFICIÁRIO

* **T** Idade: Valorem R\$: {{TitularIdade}} {{TitularValor}}

** **D1** Idade: Valorem R\$: {{D1Idade}} {{D1Valor}}

** **D2** Idade: Valorem R\$: {{D2Idade}} {{D2Valor}}

** **D3** Idade: Valorem R\$: {{D3Idade}} {{D3Valor}}

OBSERVAÇÃO:

Reajustes contratuais são previstos e estão detalhados no item 16, constante na página 6.

** **D4** Idade: Valorem R\$: {{D4Idade}} {{D4Valor}}

Valor total em R\$:

{{ValorTotal}}

* **T** Titular
** **D** Dependentes

TAXA DE ANGARIAÇÃO

A taxa de angariação no valor de R\$ _____, é devida ao angariador desta Proposta no ato de sua assinatura, por contada a intermediação do benefício.

Declaro que tenho a ciência que a cobrança da taxa de angariação, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado, NÃO se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade, bem como, tenho a ciência que o início da vigência do meu benefício é a data indicada no campo "Início da vigência do benefício", no cabeçalho da presente Proposta.

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, responsabilizando-me civil e criminalmente por eles.

Local e data

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório.

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 mantém vínculo com 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 ao meu angariador que a recebeu.
- Serão aceitos todos os meus dependentes.
- 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 na alteração deste **benefício**, bem como a 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, 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 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.
- Alguns planos deste contrato do plano odontológico coletivo por adesão, identificados na página 3 desta **Proposta**, possuem entre 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:

PLANOS	CÓDIGO ANS	SEGMENTAÇÃO	ACOMODAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO
{{nomePlano}}	{{ansPlano}}	{{segmentacaoPlano}}	-	{{coparticipacao}}

9. 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 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (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/ou benefícios adicionais.

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 nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS.

12. Os prazos de carências são os períodos nos quais não me ou 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/Emergência	24 Horas
Diagnóstico	30 Dias
Radiologia	60 Dias
Prevenção em Saúde Bucal	90 Dias
Dentística	90 Dias
Periodontia	60 Dias
Endodontia	90 Dias
Cirurgia	90 Dias
Demais casos	90 Dias

13. As características do benefício relativas a: (i) segmentação assistencial; (ii) acomodação em internação; e (iii) abrangência geográfica estão definidas na página 3 desta Proposta e, a área de atuação dos planos consta no quadro a seguir:

PLANOS	CÓDIGO ANS	SEGMENTAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
{{nomePlano}}	{{ansPlano}}	{{segmentacaoPlano}}	{{areaAbrangenciaPlano}}

14. O pagamento do valor mensal do benefício, bem como dos eventuais valores de coparticipação, será no mesmo dia do mês da data do início de vigência do benefício descrita na página 1 e sua forma será aquela indicada na página 3 desta Proposta, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará cobrança de juros de 1% ao mês (0,033% ao dia) e 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 contagem 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 determinação do Código de Defesa do Consumidor.

15. 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**, 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.

16. Devo solicitar e informar expressamente à **Administradora de Benefícios** toda e qualquer alteração cadastral, tal como eventual perda de elegibilidade.

17. 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 de elegibilidade, se constatada fraude ou se o plano ou as informações prestadas na contratação; (iii) pela falta de pagamento do valor mensal do **benefício** até o 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), incluindo juros e multa.

18. No caso de cancelamento do **benefício**, devolverei 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 o uso de meu conhecimento.

19. Não haverá nenhuma continuidade deste **benefício** nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, que cuida da continuidade de assistência em caso de demissão ou aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este **benefício**.

20. Poderei postular nova adesão ao **benefício**, após ser feita nova análise e aceitação das condições de minha elegibilidade após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão estará sujeita a cumprimento de novos prazos de carências parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

21. 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 da taxa de angariação do valor mensal do **benefício**, caso esse prazo não seja observado. Respeitando o prazo para desistência, a taxa de angariação será devolvida a mim pelo angariador que a recebeu.

22. 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 meu o tecnológico adotado pela **Administradora de Benefícios** para a celebração desta **Proposta**, uma vez que garanto a autenticidade 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 de Benefícios** e **Operadora**, para os fins do preenchimento da **Proposta** e regular prestação dos serviços de assistência à saúde contratados, visa atender às 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 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).

24. As primeiras 12 (doze) mensalidades serão custeadas pela **Administradora de Benefícios**, sendo que, apenas, a partir do 13º mês, será arrecadado juntamente com a mensalidade do plano de saúde, o valor correspondente ao plano odontológico.

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, já acrescido de reajuste anual, se houver.

26. Caso eu faça a opção de **upgrade** dos produtos ofertados pela **Operadora**, tenho plena ciência de que a isenção da mensalidade cessará imediatamente, havendo a incidência da cobrança da mensalidade correspondente ao valor vigente para o produto escolhido e **cumprimento das carências contratuais por contagem de migração de produto**.

27. O Foroparadirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é do meu domicílio.

Manual de Orientação para Contratação de Planos Odonto



DENTALUNI-COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 78.738.101/0001-51
Registro na ANS: 30448-4

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 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	<p>É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9.656/1998: 24 horas para urgência/</p> <p>emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</p>	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano 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 (trinta) dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.		

Cobertura Parcial Temporária (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doenças 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 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 de pagamento 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 nº 563/2022.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	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.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independentemente do número de participantes.	
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 sua participação financeira. (2) como 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 da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 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, não do ingresso do beneficiário no plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais 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	



Administrador de Benefícios:

ANS nº 42167-7

Operadora:
{{LogoOperadora}}

PROPOSTA DE ADESÃO

PROPOSTA Nº	{{Proposta(Numero)}}
INÍCIO DA VIGÊNCIA	{{Data(Vigencia)}}

AlteraçõesnaRede Assistencial doPlano	AlteraçõesnaRede deprestadoresdeserviçodevemserinformadaspelaoperadora,inclusiveasinclusões.Nocasoderedimensionamento por reduçãode prestador hospitalara alteração necessitaser autorizada pelaANS antes dacomunicaçãoaosbeneficiários.Estacomunicação deveobservar30diasdeantecedêncianocasodesubstituição deprestadorhospitalarpara que aequivalência seja analisadapelaANS.	
Vigência	Avigênciamínimadecontratoindividualoufamiliaré 12 meses com renovação automática.	Avigênciamínimadocontratocoletivoé negociadae tem renovação automática.
Regras de RescisãoeouSuspensão	Nosplanosindividuaisoufamiliaresarescisãooususpensão contratual unilateral por parte da Operadorasomente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude;e/ou por não pagamento da mensalidade por períodos superiores a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até 50º dia de inadimplência.	Nosplanoscoletivosasregraspara 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 a assistência à saúde do 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 continuará vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, como o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo nas ocasiões de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do 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, como qual mantinha o 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 a condição do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem 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).



AdministradoradeBenefícios:

ANSn.º {{NumeroA}}

Operadora:
{{LogoOperadora}}

PROPOSTA DE ADESAO	
PROPOSTA Nº	{{PropostaNumero}}
INICIO DA VIGENCIA	{{DataVigencia}}

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 enfermaria. 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.

Administrador 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 e eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á a data de celebração do contrato coletivo a partir 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).

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
(ANS) Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP
20021-040 Rio de Janeiro - RJ

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

Guia de Leitura Contratual



DENTALUNI-COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 78.738.101/0001-51
Registrada na ANS: 30448-4

		Pág.do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	5
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.	3
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	3
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora do plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À 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.	6
COBERTURA 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 referência básica para a 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.	6
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	6
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saibam portador.	6
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 na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	6
MECANISMOS DE REGULAMENTO	São os mecanismos financeiros (franquia e ou co-participação), assistenciais (direcionamento e ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização.	6

dosserviçosdesaúde.

VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	5
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão pode ser definitiva ou à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	7
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão 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.	6
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 co-participação 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 o fornecimento, opção e gozo, previstas na lei e sua regulamentação.	8

**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).**

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
(ANS) Av. Augusto Severo, 84- Glória - CEP
20021-040 Rio de Janeiro-RJ

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

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

ANSn.º 30.448-4

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Instituição que regula as atividades das operadoras de planos de assistência à saúde, tem como missão defender o interesse público e vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identifique alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR O ESTADO DE DOENÇA OU LESÃO.

A O DECLARAR A DOENÇA E/OU LESÃO QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO pode impedir-lhe de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após o prazo de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc. *) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral, de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para a doença ou lesão.

A O NÃO DECLARAR A DOENÇA E/OU LESÃO QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão de informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada. Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO!

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos da ANS através do endereço eletrônico: www.ans.gov.br-PerfilBeneficiario.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br-PerfilBeneficiario.