

Recife, 05 de fevereiro de 2020.

À

Amil Assistência Médica Internacional S/A

CNPJ: 29.309.127/0001-79

Endereço:

A/C:

Sem prejuízo de outras informações e/ou documentos que lhe possam ser solicitadas, a **FUND. MANOEL DA SILVA ALMEIDA**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ/MF sob o número **09.767.633/0005-28** **DECLARA** para fins de **"FORMAÇÃO DE GRUPO"** de no mínimo 20(vinte) titulares e/ou 50(cinquenta) beneficiários elegíveis, nos termos da legislação de Planos Privados de Assistência a Saúde, e que eventualmente venham ser indicados pela **DECLARANTE** a participar do contrato **DENTAL**, mantido e/ou a ser firmado entre a **DECLARANTE** e **AMIL**:

1) Mantém nesta data "Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica" com outra empresa do setor privado de assistência à saúde para atendimento de "Parte" de sua população:

Sim, mantém. Se afirmativo qual(ais):

Não mantém

2) Os titulares do **PLANODENTAL** vinculados ao **DECLARANTE** (assim como os seus dependentes), que estejam participando e usufruindo da cobertura odontológica de Operadora distinta da **AMIL** são contributários do plano **DENTAL**:

Sim. São contributários

Se afirmativo Quais: titulares dependentes Agregados

Não são contributários.

A **DECLARANTE** está ciente e de acordo que a cada nova **"FORMAÇÃO DE GRUPO"** mínimo 20(vinte) titulares e/ou 50(cinquenta) beneficiários "elegíveis" **DEVERÁ** emitir nova declaração nos termos da presente. **Declara** ainda, que a periodicidade para inclusão deste(s) grupo(s) deverá(ão) ser previamente acordado com a Operadora e que, tratando-se de inclusão fora do prazo legal/contratual, estarão estes beneficiários sujeitos ao cumprimento das carências legais/contratuais estabelecidas.

Declaramos sob as penas da lei a responsabilidade irrestrita pela veracidade das informações acima prestadas.

UPA Nova Descoberta 24h
Daniel Akel P. de Araújo
Coordenador Geral

Nome da Empresa: **FUND. MANOEL SILVA ALMEIDA**

Nome Completo do declarante:

CPF: **013.192.984-43**

Cargo: **COORDENADOR GERAL**

Declaração - Formação de Grupo – Produto Dental – V. 01/2017

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de Direito, CONTRATANTE, e a CONTRATADA, doravante conjuntamente denominadas PARTES, qualificadas no Quadro Resumo, anexo ao presente instrumento, neste ato representadas na forma de seus atos constitutivos, resolvem, de comum acordo, alterar o Contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

1 – DOS PLANOS CONTRATADOS

1.1. Ajustam as Partes que a CONTRATADA disponibilizará aos BENEFICIÁRIOS vinculados à CONTRATANTE, os produtos abaixo descritos:

| |
|--|
| DENTAL 200 R DOC – ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS + DOC ORTODONTICA BASICA |
| DENTAL E200 R PROT – ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS + DOC ORTODONTICA BASICA + ITENS DE PRÓTESE EM RESINA |
| DENTAL E300 R – ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS + ORTODONTIA COMPLETA |
| DENTAL E400 R – ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS + PRÓTESES EM RESINA |
| DENTAL E500 R – ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS + PRÓTESES EM RESINA E PORCELANA |
| DENTAL E600 R – ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS + PRÓTESES EM RESINA + ORTODONTIA COMPLETA |
| DENTAL E700 R – ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS + PRÓTESES EM RESINA E PORCELANA + ORTODONTIA COMPLETA + CLAREAMENTO |

2 – PREÇO POR BENEFICIÁRIO – TAXA PER CAPITA (EM R\$)

2.1. A CONTRATADA receberá antecipadamente da CONTRATANTE, os preços abaixo descritos, conforme o plano escolhido por cada BENEFICIÁRIO:

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| DENTAL 200 R DOC | DENTAL 200 R PROT | DENTAL 300 R | |
| R\$ 10,50 | R\$ 14,51 | R\$ 59,08 | |
| DENTAL 400 R | DENTAL 500 R | DENTAL 600 R | DENTAL 700 R |
| R\$ 48,47 | R\$ 56,69 | R\$ 77,55 | R\$ 85,30 |

2.2. Os preços dos produtos foram formatados levando-se em consideração a informação referente ao perfil populacional fornecido pela CONTRATANTE, por ocasião da celebração do presente Contrato, que totaliza **123 (cento e vinte e três)** BENEFICIÁRIOS.

2.3. CONTRIBUIÇÃO COM O PLANO:

2.3.1. Beneficiário titular contribui com o plano?

Sim () **Não**

2.3.2. Beneficiário titular paga o plano integral ou parcial?

Integral () **Parcial**

2.3.3. Beneficiário titular paga o plano para o Dependente e/ou Agregado?

Integral () **Parcial**

3 – TIPO DE PLANO – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1. Ajustam as Partes a alteração no item 4.1. da cláusula 4ª do Contrato ora aditado, passando a constar com a seguinte redação:

4.1. Os planos da AMIL contratados, indicados a seguir, asseguram a cobertura de custos de despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do BENEFICIÁRIO ou o reembolso, quando este for previsto no plano escolhido pela CONTRATANTE:

- a) **DENTAL 200R DOC**, registrado na ANS sob o número 471208141, segmentação assistencial odontológica, abrangência geográfica NACIONAL, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.
- b) **DENTAL 200R PROT**, registrado na ANS sob o número 471210142, segmentação assistencial odontológica, abrangência geográfica NACIONAL, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.
- c) **DENTAL 300R**, registrado na ANS sob o número 469396135, segmentação assistencial odontológica, abrangência geográfica NACIONAL, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.
- d) **DENTAL 400R**, registrado na ANS sob o número 469395137, segmentação assistencial odontológica, abrangência geográfica NACIONAL, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.
- e) **DENTAL 500R**, registrado na ANS sob o número 469394139, segmentação assistencial odontológica, abrangência geográfica NACIONAL, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.
- f) **DENTAL 600R**, registrado na ANS sob o número 469393131, segmentação assistencial odontológica, abrangência geográfica NACIONAL, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

g) **DENTAL 700R**, registrado na ANS sob o número 471211141, segmentação assistencial odontológica, abrangência geográfica NACIONAL, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

4 – NÚMERO MÍNIMO DE BENEFICIÁRIOS

4.1. A CONTRATANTE devem incluir na data de início deste Contrato, ou seja, até o início de vigência da prestação dos serviços de assistência odontológica, **30% (trinta por cento)** do total de BENEFICIÁRIOS, desde que sejam incluídos no mínimo **100 (cem)** BENEFICIÁRIOS entre titulares, dependentes e agregados, sendo esta a condição ajustada entre as Partes para manutenção das regras e valores aqui negociados.

5 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

5.1. Ajustam as Partes em alterar a alínea b) do subitem 11.4. da cláusula 11ª do Contrato ora aditado, com a seguinte redação:

"b) filhos(as) solteiros(as) naturais, adotivos(as), com guarda provisória ou definitiva, enteados(as) e os tutelados(as) na forma da lei, desde que possuam até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias”;

5.2. Ajustam as Partes que o item 11.5. da cláusula 11ª do Contrato ora aditado, passa ter a seguinte redação:

“11.5. Podem ser incluídos, ainda, como **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES AGREGADOS**. São considerados **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES AGREGADOS**, em relação ao **BENEFICIÁRIO TITULAR**:

- a) pai e mãe;
- b) sogro(a);
- c) irmãos(ãs);
- d) avós;
- e) netos;
- f) tios;
- g) sobrinhos;
- h) bisnetos;
- i) genro e nora;
- j) padrasto e madrasta;
- k) cunhado(a).”

5.3. A **CONTRATANTE** se obriga a informar à **CONTRATADA** e a promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até **30 (trinta) dias** da ocorrência de alteração na qualificação/condição dos dependentes, tais como: nascimento ou casamento, demissão ou admissão de novo empregado, sob pena de aplicação de carência prevista no presente instrumento.

6 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1. Acordam as Partes em incluir os subitens 13.2.2., 13.2.3., 13.2.4., 13.2.5., 13.2.5.1., 13.2.6., 13.2.7., 13.2.8., 13.2.8.1., 13.2.9. e 13.2.9.1., da cláusula 13ª do Contrato ora aditado, que passa a ter a seguinte redação:

13.2.2. Procedimentos referentes às **PROCEDIMENTOS EXTRAS** descritos a seguir:

CÓD. TUSS PROCEDIMENTO

| | |
|----------|---|
| 86000144 | Arco lingual |
| 00013186 | Avaliação da condição de saúde |
| 86000152 | Barra transpalatina fixa (instalação na rede credenciada) |
| 86000195 | Botão de nance (instalação na rede credenciada) |
| 82000344 | Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos |
| 85200018 | Clareamento de dente desvitalizado |
| 85400041 | Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório) |
| 85400068 | Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório) |
| 00011413 | Consulta em ambiente hospitalar ou home care - RN211 |
| 81000090 | Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro |
| 86000209 | Contenção fixa - por arcada |
| 85400572 | Coroa 3/4 |
| 85400092 | Coroa total acrílica prensada |
| 00013101 | Determinação do cpos ampliado |
| 81000197 | Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética |
| 81000200 | Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose |
| 81000219 | Diagnóstico e tratamento de halitose |
| 81000235 | Diagnóstico e tratamento de xerostomia |
| 81000243 | Diagnóstico por meio de enceramento |
| 82000646 | Enxerto conjuntivo subepitelial |
| 86000314 | Grade palatina fixa |
| 86000322 | Grade palatina removível |
| 83000097 | Mantenedor de espaço fixo |
| 83000100 | Mantenedor de espaço removível |
| 00017011 | Mumificação pulpar |
| 00042402 | Placa de contencao |
| 86000462 | Placa de hawley |
| 86000470 | Placa de hawley - com torno expensor |
| 86000535 | Placa lábio-ativa |
| 85400270 | Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada) |
| 86000560 | Quadrihélice |
| 81000324 | Radiografia antero-posterior |
| 81000340 | Radiografia da atm |
| 81000367 | Radiografia da mão e punho - carpal |
| 81000561 | Radiografia lateral corpo da mandíbula |
| 81000430 | Radiografia póstero-anterior |
| 85400483 | Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório) |
| 00042603 | Remoção de aparelho fixo (profilaxia inclusa) |
| 82001391 | Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial |
| 82001413 | Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial |
| 00012389 | Teleradiografia frontal |

- 81000480 Telerradiografia com traçado cefalométrico
- 81000472 Telerradiografia frontal
- 84000228 Teste de capacidade tampão da saliva
- 84000236 Teste de contagem microbiológica
- 82001502 Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- 82001642 Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - atm
- 85100234 Tratamento de fluorose - microabrasão
- 00017165 Utilização de microscópio em endodontia

13.2.3. Procedimentos referentes ao plano **DENTAL 200R DOC** - contemplam as coberturas do **ROL ANS** conforme mencionado na cláusula 13ª do Contrato, juntamente com as **PROCEDIMENTOS EXTRAS** descritas no subitem 13.2.2. deste aditivo, e as coberturas descritas abaixo:

CÓD. TUSS PROCEDIMENTO

- 00012103 Documentação ortodôntica básica

13.2.4. Procedimentos referentes ao plano **DENTAL 200R PROT** - contemplam as coberturas do **ROL ANS** conforme mencionado na cláusula 13ª do Contrato, juntamente com as **PROCEDIMENTOS EXTRAS** descritas no subitem 13.2.2. deste aditivo, e as coberturas descritas abaixo:

CÓD. TUSS PROCEDIMENTO

- 85400173 Coroa total metalo plástica - resina acrilica
- 00012103 Documentação ortodontica basica
- 85400343 Prótese parcial fixa em metalo plástica
- 85400386 Protese parcial removivel com grampos bilateral
- 85400394 Protese parcial removivel provisoria em acrilico com ou sem grampos
- 85400424 Prótese total incolor
- 85400548 Restauração em cerômero - inlay
- 85400530 Restauração em cerômero - onlay

13.2.5. Procedimentos referentes ao plano **DENTAL 300 R** - contemplam as coberturas do **ROL ANS** conforme mencionado na cláusula 13ª do Contrato, juntamente com as **PROCEDIMENTOS EXTRAS** descritas no subitem 13.2.2. e as coberturas descritas abaixo:

CÓD. TUSS PROCEDIMENTO

- 86000039 Aparelho de protração mandibular - apm
- 86000055 Aparelho extra-bucal
- 86000098 Aparelho ortodôntico fixo metálico
- 86000136 Apm - aparelho de protração mandibular
- 00042356 Conserto de aparelho
- 00042368 Disjuntor hass
- 86000225 Disjuntor palatino - hirax
- 86000233 Disjuntor palatino - macnamara
- 81000553 Documentação odontológica em mídia digital
- 00012103 Documentacao ortodontica basica
- 00012341 Documentacao ortodontica completa

- 00012353 Documentação ortodôntica especial
- 81000278 Fotografia
- 86000357 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo
- 86000365 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico
- 86000373 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível
- 81000308 Modelos ortodônticos
- 86000578 Regulador de função de frankel
- 81000456 Slide
- 00042639 Telerradiografia frontal com traçado
- 81000537 Traçado cefalométrico

13.2.5.1. A manutenção ortodôntica será autorizada pela CONTRATADA 01 (uma) vez ao mês.

13.2.6. Procedimentos referentes ao plano **DENTAL 400 R** - contemplam as coberturas do **ROL ANS** conforme mencionado na cláusula 13ª do Contrato, juntamente com as **PROCEDIMENTOS EXTRAS** descritas no subitem 13.2.2. e as coberturas descritas abaixo:

CÓD. TUSS PROCEDIMENTO

- 00021381 Casquete de moldagem
- 85400033 Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)
- 85400050 Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)
- 00041264 Coroa total em cerômero- dentes posteriores
- 85400165 Coroa total metalo plástica - cerômero
- 85400173 Coroa total metalo plástica - resina acrílica
- 85400580 Jig ou front plato - órtese reposicionadora
- 00041075 Modelo de estudo
- 85400238 Onlay de resina indireta
- 85400246 Órtese miorreaxante (placa oclusal estabilizadora)
- 85400254 Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)
- 85400602 Ponto de solda
- 85400289 Prótese fixa adesiva direta (provisória)
- 85400297 Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)
- 85400319 Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica
- 85400343 Prótese parcial fixa em metalo plástica
- 85400386 Protese parcial removível com grampos bilateral
- 85400394 Protese parcial removível provisoria em acrílico com ou sem grampos
- 00021105 Protese parcial removível unilateral
- 85400408 Protese total
- 85400416 Protese total imediata
- 85400424 Prótese total incolor
- 85400432 Provisório para faceta
- 85400548 Restauração em cerômero - inlay
- 85400530 Restauração em cerômero - onlay
- 85100170 Restauração em resina (indireta) - inlay
- 85100188 Restauração em resina (indireta) - onlay
- 00081610 Tratamento da fase aguda das disfunções da atm

13.2.7. Procedimentos referentes ao plano **DENTAL 500 R** - contemplam as coberturas do **ROL ANS** conforme mencionado na cláusula 13ª do Contrato, juntamente com as **PROCEDIMENTOS EXTRAS** descritas no subitem 13.2.2. e as coberturas descritas

abaixo:

CÓD. TUSS PROCEDIMENTO

- 00021381 Casquete de moldagem
- 85400033 Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)
- 85400050 Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)
- 85400106 Coroa total em cerâmica pura
- 00041264 Coroa total em cerômero- dentes posteriores
- 85400157 Coroa total metalo cerâmica
- 85400165 Coroa total metalo plástica - cerômero
- 85400173 Coroa total metalo plástica - resina acrilica
- 00041157 Encaixe - macho ou femea / attachment
- 85400181 Faceta em cerâmica pura
- 00041239 Fresa (por elemento)
- 85400580 Jig ou front plato - órtese reposicionadora
- 00041075 Modelo de estudo
- 85400238 Onlay de resina indireta
- 85400246 Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)
- 85400254 Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)
- 85400602 Ponto de solda
- 85400289 Prótese fixa adesiva direta (provisória)
- 85400297 Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)
- 85400300 Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica
- 85400319 Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica
- 85400335 Prótese parcial fixa em metalo cerâmica
- 85400343 Prótese parcial fixa em metalo plástica
- 85400351 Prótese parcial fixa in ceran livre de metal (metal free)
- 85400378 Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão
- 85400386 Protese parcial removivel com grampos bilateral
- 85400394 Protese parcial removivel provisoria em acrilico com ou sem grampos
- 00021105 Protese parcial removivel unilateral
- 85400408 Protese total
- 85400610 Protese total caracterizada
- 85400416 Protese total imediata
- 85400424 Prótese total incolor
- 85400440 Provisorio para inlay /onlay
- 85400491 Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)
- 85400513 Restauração em cerâmica pura - inlay
- 85400521 Restauração em cerâmica pura - onlay
- 85400548 Restauração em cerômero - inlay
- 85400530 Restauração em cerômero - onlay
- 85100170 Restauração em resina (indireta) - inlay
- 85100188 Restauração em resina (indireta) - onlay
- 00081610 Tratamento da fase aguda das disfunções da atm

13.2.8. Procedimentos referentes ao plano **DENTAL 600 R** - contemplam as coberturas do **ROL ANS** conforme mencionado na cláusula 13ª do Contrato, juntamente com as **PROCEDIMENTOS EXTRAS** descritas no subitem 13.2.2. e as coberturas descritas abaixo:

CÓD. TUSS PROCEDIMENTO

Aparelho de protração mandibular - apm

- 86000039
- 86000055 Aparelho extra-bucal
- 86000098 Aparelho ortodôntico fixo metálico
- 86000136 Apm - aparelho de protração mandibular
- 00021381 Casquete de moldagem
- 00042356 Conserto de aparelho
- 85400033 Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)
- 85400050 Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)
- 00041264 Coroa total em cerômero- dentes posteriores
- 85400165 Coroa total metalo plástica - cerômero
- 85400173 Coroa total metalo plástica - resina acrílica
- 00042368 Disjuntor hass
- 86000225 Disjuntor palatino - hirax
- 86000233 Disjuntor palatino - macnamara
- 81000553 Documentação odontológica em mídia digital
- 00012103 Documentacao ortodontica basica
- 00012341 Documentacao ortodontica completa
- 00012353 Documentacao ortodontica especial
- 81000278 Fotografia
- 85400580 Jig ou front plato - órtese reposicionadora
- 86000357 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo
- 86000365 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico
- 86000373 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível
- 00041075 Modelo de estudo
- 81000308 Modelos ortodônticos
- 85400238 Onlay de resina indireta
- 85400246 Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)
- 85400254 Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)
- 85400602 Ponto de solda
- 85400289 Prótese fixa adesiva direta (provisória)
- 85400297 Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)
- 85400319 Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica
- 85400343 Prótese parcial fixa em metalo plástica
- 85400386 Protese parcial removivel com grampos bilateral
- 85400394 Protese parcial removivel provisoria em acrilico com ou sem grampos
- 00021105 Protese parcial removivel unilateral
- 85400408 Protese total
- 85400416 Protese total imediata
- 85400424 Prótese total incolor
- 85400432 Provisório para faceta
- 86000578 Regulador de função de frankel
- 85400548 Restauração em cerômero - inlay
- 85400530 Restauração em cerômero - onlay
- 85100170 Restauração em resina (indireta) - inlay
- 85100188 Restauração em resina (indireta) - onlay
- 81000456 Slide
- 00042639 Telerradiografia frontal com traçado
- 81000537 Traçado cefalométrico
- 00081610 Tratamento da fase aguda das disfunções da atm

13.2.8.1. A manutenção ortodôntica será autorizada pela CONTRATADA 01 (uma) vez ao mês.

13.2.9. Procedimentos referentes ao plano **DENTAL 700 R** - contemplam as coberturas do **ROL ANS** conforme mencionado na cláusula 13ª do Contrato, juntamente com as **PROCEDIMENTOS EXTRAS** descritas no subitem 13.2.2. e as coberturas descritas abaixo:

CÓD. TUSS PROCEDIMENTO

- 86000039 Aparelho de protração mandibular - apm
- 86000055 Aparelho extra-bucal
- 86000098 Aparelho ortodôntico fixo metálico
- 86000136 Apm - aparelho de protração mandibular
- 00021381 Casquete de moldagem
- 85100021 Clareamento dentario caseiro (com diretriz de utilização)
- 85100030 Clareamento dentario de consultório (com diretriz de utilização)
- 00042356 Conserto de aparelho
- 85400033 Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)
- 85400050 Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)
- 85400106 Coroa total em cerâmica pura
- 00041264 Coroa total em cerômero- dentes posteriores
- 85400157 Coroa total metalo cerâmica
- 85400165 Coroa total metalo plástica - cerômero
- 85400173 Coroa total metalo plástica - resina acrilica
- 00042368 Disjuntor hass
- 86000225 Disjuntor palatino - hirax
- 86000233 Disjuntor palatino - macnamara
- 81000553 Documentação odontológica em mídia digital
- 00012103 Documentacao ortodontica basica
- 00012341 Documentacao ortodontica completa
- 00012353 Documentacao ortodontica especial
- 00041157 Encaixe - macho ou femea / attachment
- 85400181 Faceta em cerâmica pura
- 81000278 Fotografia
- 00041239 Fresa (por elemento)
- 85400580 Jig ou front plato - órtese reposicionadora
- 86000357 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo
- 86000365 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico
- 86000373 Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível
- 00041075 Modelo de estudo
- 81000308 Modelos ortodônticos
- 85400238 Onlay de resina indireta
- 85400246 Órtese miorreaxante (placa oclusal estabilizadora)
- 85400254 Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)
- 85400602 Ponto de solda
- 85400289 Prótese fixa adesiva direta (provisória)
- 85400297 Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)
- 85400300 Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica
- 85400319 Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica
- 85400335 Prótese parcial fixa em metalo cerâmica
- 85400343 Prótese parcial fixa em metalo plástica
- 85400351 Prótese parcial fixa in ceran livre de metal (metal free)
- 85400378 Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão
- 85400386 Protese parcial removivel com grampos bilateral
- 85400394 Protese parcial removivel provisoria em acrilico com ou sem grampos

- 00021105 Protese parcial removível unilateral
- 85400408 Protese total
- 85400610 Protese total caracterizada
- 85400416 Protese total imediata
- 85400424 Prótese total incolor
- 85400432 Provisório para faceta
- 85400440 Provisorio para inlay /onlay
- 85400491 Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)
- 86000578 Regulador de função de frankel
- 85400513 Restauração em cerâmica pura - inlay
- 85400521 Restauração em cerâmica pura - onlay
- 85400548 Restauração em cerômero - inlay
- 85400530 Restauração em cerômero - onlay
- 85100170 Restauração em resina (indireta) - inlay
- 85100188 Restauração em resina (indireta) - onlay
- 81000456 Slide
- 00042639 Telerradiografia frontal com traçado
- 81000537 Traçado cefalométrico
- 00081610 Tratamento da fase aguda das disfunções da atm

13.2.9.1. A manutenção ortodôntica será autorizada pela CONTRATADA 01 (uma) vez ao mês.

7 – REEMBOLSO DE DESPESAS

7.1. Acordam as Partes em alterar o item 17.1.1. e 17.1.2., da cláusula 17ª do Contrato ora aditado, que passam ter a seguinte redação:

“17.1.1. O valor da Unidade de Serviço Odontológico (U.S.O) tem como unidade corresponde o valor de R\$ 5,80 (cinco reais e oitenta centavos).”

“17.1.2. Será utilizada como base de cálculo, a quantidade estabelecida na tabela de reembolso Amil Dental cujo discriminativo consta no anexo ao presente termo aditivo, multiplicado pelo valor de USO definido no item 17.1.1.”

8 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1. Acordam as Partes em alterar o(s) subitem/subitens 18.1.1. e 18.1.2. da cláusula 18ª do Contrato ora aditado, conforme descrito a seguir:

“18.1.1. Para os Contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, e enquanto mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o BENEFICIÁRIO formalize o pedido de ingresso em até 90 (noventa) dias da celebração do Contrato coletivo.”

“18.1.2. Ressalvadas as hipóteses descritas no subitem 18.1.1. do Contrato ora aditado, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos no plano contratado, sendo contados do ingresso do BENEFICIÁRIO no Contrato os seguintes prazos de carência:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência/emergência;

b) 60 (sessenta) dias para cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporomandibular, endodontia, odontologia preventiva, periodontia, radiologia e ortodontia (instalação de aparelho fixo);

c) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de prótese, ortodontia (manutenção), Clareamento e Implante.”

9 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

9.1. Torna-se sem efeito o item 19.2 da cláusula 19ª do contrato ora aditado, por não se aplicar ao presente contrato.

10 – MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL ELETRÔNICA (MCE)

10.1. Para implementação e cumprimento do pactuado nas Alíneas acima, deverá a CONTRATANTE se utilizar de Movimentação Cadastral Eletrônica (MCE), neste ato disponibilizada pela CONTRATADA, cujo uso é para o fim exclusivo no âmbito do Contrato ora aditado, não sendo aceito qualquer outra forma de movimentação cadastral.

10.2. A CONTRATADA disponibilizará à CONTRATANTE, ou aos seus prepostos, senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá acesso ao sistema de Movimentação Cadastral Eletrônica (MCE), cujo uso é para o fim exclusivo no âmbito do Contrato ora aditado, ficando acertado que a CONTRATANTE se responsabilizará pelo uso adequado do sistema.

11 – VENCIMENTO DAS FATURAS

11.1. A fatura será cobrada em regime de pré-pagamento, ficando seu vencimento para o dia **10 (dez)** de cada mês.

11.2. Ajustam ainda as Partes que o pagamento de cada fatura estabelecerá o direito à cobertura contratual equivalente ao mês de risco.

12 – PERÍODO PARA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

12.1. Fica assegurado à CONTRATANTE o direito à inclusão e à exclusão de beneficiários, durante o curso deste Contrato e desde que a solicitação seja realizada nos meios próprios e prazos indicados pela CONTRATADA, que passarão a fazer parte integrante deste Contrato.

12.2. A inclusão de novos BENEFICIÁRIOS, sejam eles titulares ou dependentes, será realizada no sistema pro rata, ou seja, será cobrado, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

12.3. A exclusão de BENEFICIÁRIOS, sejam eles titulares ou dependentes, também será realizada no sistema pro rata, sendo concedido, na fatura subsequente, um crédito proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

13 – VIGÊNCIA DO CONTRATO

13.1. Ajustam as Partes em alterar o item 21.1, da cláusula 21ª do Contrato ora aditado, que passa a ter a seguinte redação:

“21.1. O presente Contrato terá duração mínima de **24 (vinte e quatro) meses**, a contar da data de assinatura do presente e será renovado automaticamente por prazo

indeterminado, não cabendo cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação bem como a incidência de qualquer período adicional de carências."

14 - RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1. Ajustam as Partes pela alteração do item 22.2.1 da cláusula 22ª do Contrato ora aditado, que passa a ter a seguinte redação:

"22.2.1. O presente Contrato poderá ser extinto por qualquer das Partes, imotivadamente, após a vigência do período mínimo de **24 (vinte e quatro) meses**, desde que haja prévia notificação de 60 (sessenta) dias à outra parte".

14.2. Ajustam as Partes pela alteração do item 22.3.1. da cláusula 22ª do Contrato ora aditado, que passa a ter a seguinte redação:

"22.3.1. Caso o número de BENEFICIÁRIOS ativos nos registros do cadastro da CONTRATADA venha ser inferior a 100 (cem), ainda, que não completos **24 (vinte e quatro) meses** de sua vigência, haverá rescisão do presente instrumento jurídico, sendo facultada à CONTRATANTE a assinatura de Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica para Pequenas e Microempresas (PME), mediante prévia negociação com a CONTRATADA."

15 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1. Torna-se sem efeito o item 24.1.2 da cláusula 24ª do Contrato ora aditado, por não se aplicar ao presente contrato.

15.2. Torna-se sem efeito o item 24.1.3 da cláusula 24ª do Contrato ora aditado, por não se aplicar ao presente contrato

16 - TRANSFERÊNCIAS DE PLANOS

16.1. Existindo beneficiários titulares e dependentes, a transferência somente será admitida se todos forem simultaneamente transferidos.

16.2. Será admitida a transferência do titular e seus respectivos dependentes de um plano inferior para outro superior.

16.3. Os prazos de carência serão contados a partir do efetivo pagamento da primeira fatura posterior a inclusão na nova cobertura.

16.4. Será admitida a transferência do titular e seus respectivos dependentes (diretos ou agregados) de um plano superior para outro plano inferior.

16.5. A transferência de plano será permitida, desde que solicitada em formulários correspondentes, observando-se o período de movimentação cadastral descrita neste termo aditivo e válida após a quitação da primeira fatura seguinte a movimentação.

17 - DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. Ajustam as Partes que havendo solicitação de cópia do Contrato por parte de beneficiário, a mesma será providenciada pela CONTRATANTE, estando a CONTRATADA igualmente obrigada a fornecê-la caso haja impedimento por parte da CONTRATANTE.

17.2. Acordam as Partes que serão aceitos grupo de adesão de no mínimo **20 (vinte) TITULARES** ou **50 (cinquenta) BENEFICIÁRIOS**, após assinatura do Contrato. Os beneficiários inclusos nesses grupos serão aceitos de acordo com as mesmas regras de

cumprimento de carências, estipuladas neste Instrumento, para as inclusões ocorridas dentro do prazo.

17.3. O cadastramento do novo grupo de adesão somente ocorrerá após análise da CONTRATADA. Podendo está a qualquer tempo solicitar ou requerer a apresentação de documentos e/ou realização de procedimentos, com os custos arcados pela CONTRATANTE.

17.4. Ajustam as partes o prazo de **90 (noventa)** dias, a contar do início de vigência do presente Contrato, para a CONTRATANTE realizar as movimentações dos BENEFICIÁRIOS no Contrato ora aditado, ficando estes isentos de carências.

18 – DISPOSIÇÕES FINAIS

18.1. O presente Contrato entrará em vigor a partir de **05 de maio de 2020**.

18.2. Taxa de implantação: ISENTA.

18.3. Faz parte integrante deste Contrato a tabela de reembolso Amil Dental como se no referido instrumento estivesse transcrita.

18.4. Prevalecem as condições constantes deste termo aditivo, sobre as cláusulas do Contrato 118B, sendo que as demais permanecem inalteradas.

E, por estarem assim de acordo assinam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, a fim de que se produzam os seus devidos e legais efeitos.


Recife, 24 de abril de 2020.

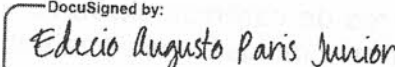
Pela Contratante:

DocuSigned by:


 CE29C89250BE44F
 Nome: Daniel Akel Pereira de Araujo
 CPF: 013.192.984-43
 Cargo: Procurador

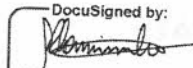
Pela Contratada:

DocuSigned by:

 507E59A1CAE04A8...
 Nome: Kammila Lopes Cavalcanti
 CPF: 073.856.804-02
 Cargo: Procuradora

DocuSigned by:

 21E6E4C488544B4...
 Nome: Edecio Augusto Paris Junior
 CPF: 733.559.504-59
 Cargo: Procurador

Testemunhas:

DocuSigned by:

 E997CBAB3919461...
 Nome: Mariana Gomes Peixoto
 CPF: 094.966.424-38

DocuSigned by:

 2BC3A8CCA7EC4F8...
 Nome: Mariangela Paes do Nascimento
 CPF: 037.683.104-93

"Ratificamos que esta página nº. **14 (quatorze)** faz parte integrante do **1º (primeiro)** Termo Aditivo ao Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica **PJ 118-B**, firmado entre a empresa **FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA**, e a **AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S/A**, tendo o referido Termo Aditivo **14 (quatorze)** páginas devidamente numeradas".

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

| CLÁUSULAS | ASSUNTO | PÁGINA |
|------------------|--|---------------|
| 1 | ▶ QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA..... | 1 |
| 2 | ▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE..... | 1 |
| 3 | ▶ OBJETO DO CONTRATO..... | 2 |
| 4 | ▶ TIPO DE PLANO – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS..... | 2 |
| 5 | ▶ CARACTERÍSTICA DO PLANO..... | 3 |
| 6 | ▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO..... | 4 |
| 7 | ▶ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL..... | 4 |
| 8 | ▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA..... | 4 |
| 9 | ▶ ÁREA DE ATUAÇÃO..... | 5 |
| 10 | ▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO..... | 5 |
| 11 | ▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO..... | 6 |
| 12 | ▶ CONCEITOS..... | 8 |
| 13 | ▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS..... | 9 |
| 14 | ▶ EXCLUSÕES CONTRATUAIS..... | 9 |
| 15 | ▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO..... | 11 |
| 16 | ▶ DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS..... | 11 |
| 17 | ▶ REEMBOLSO DE DESPESAS..... | 12 |
| 18 | ▶ DAS CARÊNCIAS..... | 13 |
| 19 | ▶ OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE..... | 14 |
| 20 | ▶ DO LOCAL, DA DATA E DA FORMA DE PAGAMENTO..... | 15 |
| 21 | ▶ VIGÊNCIA DO CONTRATO..... | 16 |
| 22 | ▶ RESCISÃO/SUSPENSÃO..... | 16 |
| 23 | ▶ REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO..... | 17 |
| 24 | ▶ CONDIÇÕES PARA A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO..... | 22 |
| 25 | ▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE..... | 24 |
| 26 | ▶ REAJUSTE..... | 25 |
| 27 | ▶ DISPOSIÇÕES GERAIS..... | 26 |
| 28 | ▶ FORO..... | 27 |

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**1****CLÁUSULA PRIMEIRA****QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

1.1 – Amil Assistência Médica Internacional S.A., classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob o nº 32.630-5, qualificada no termo de qualificação das partes, que faz parte integrante deste instrumento contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

2**CLÁUSULA SEGUNDA****QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE**

2.1 – A CONTRATANTE é a pessoa jurídica qualificada e identificada conforme dados constantes no termo de qualificação das partes que faz parte integrante deste instrumento contratual e que mantém, na condição de **BENEFICIÁRIA**, a população que com ela mantém vínculo de caráter empregatício ou estatutário.

2.2 – A CONTRATANTE deve incluir na data de início da vigência deste contrato no mínimo 100 (cem) **BENEFICIÁRIOS**, entre titulares e dependentes, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

2.3 – É BENEFICIÁRIO titular a pessoa habilitada como tal no momento da assinatura do contrato, ou que venha a ser incluída posteriormente, que mantenha com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária, de acordo com as condições previstas neste contrato.

2.4 – É BENEFICIÁRIO dependente a pessoa vinculada ao **BENEFICIÁRIO titular**, tal como definido na cláusula que trata das condições de admissão.

2.5 – No conjunto, BENEFICIÁRIOS titulares e BENEFICIÁRIOS dependentes serão denominados simplesmente **BENEFICIÁRIOS**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**3****CLÁUSULA TERCEIRA****OBJETO DO CONTRATO**

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

4**CLÁUSULA QUARTA****TIPO DE PLANO – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

4.1 – O plano da **CONTRATADA**, indicado em termo aditivo e escolhido pela **CONTRATANTE** conforme os planos oferecidos na tabela de vendas vigente na região de atuação correspondente ao endereço da **CONTRATANTE**, assegura a cobertura de custos de despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso, quando este estiver previsto no plano escolhido pela **CONTRATANTE**, no momento da assinatura do **CONTRATO**.

4.2 – A **CONTRATANTE** poderá ainda optar pelos aditivos contratuais com coberturas extras, conforme disponibilizados pela **CONTRATADA**.

4.2.1 – A opção de aditivos contratuais com coberturas extras deverá ser feita pela **CONTRATANTE** quando da assinatura do contrato, cujas coberturas e condições serão descritas em aditamento a este contrato e definidas pelo **BENEFICIÁRIO** no momento da assinatura do contrato.

CARACTERÍSTICA DO PLANO

5.1 – Para obter o atendimento, o **BENEFICIÁRIO** escolherá o seu dentista na listagem constante da rede credenciada para o plano adotado.

5.2 – A rede credenciada a que se refere este contrato é aquela composta de dentistas, serviços de radiologia e clínicas de urgência que constam da relação dos profissionais cadastrados pela **CONTRATADA**.

5.2.1 – A abrangência geográfica da rede credenciada do plano escolhido pela **CONTRATANTE** será indicada em termo aditivo.

5.2.2 – Nos planos sem reembolso, a cobertura de custos das despesas com o atendimento será realizada exclusivamente na rede credenciada da **CONTRATADA**, através de pagamento direto ao prestador de serviço pela **CONTRATADA**.

5.2.2.1 – Nesses planos, a **CONTRATADA** apenas realizará o reembolso das despesas com atendimento de urgência comprovada nas cidades onde não haja dentistas ou clínicas de urgência credenciadas.

5.2.3 – Nos planos com reembolso, o cálculo do montante devido na utilização de livre escolha é feito em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido, conforme discriminado em aditivo ao presente instrumento jurídico, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela de Reembolso Amil Dental, nos limites e nas condições estabelecidas no plano contratado, conforme especificado para cada plano listado na cláusula REEMBOLSO DE DESPESAS.

5.2.4 – Tanto nos planos com reembolso quanto nos planos sem reembolso, os **BENEFICIÁRIOS** poderão utilizar a rede credenciada sem necessidade de pagamento direto ao dentista, observando os direitos contratuais. Nesse caso, o pagamento será efetuado integralmente ao dentista pela **CONTRATADA**, não podendo o **BENEFICIÁRIO** usufruir do benefício de reembolso.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**6****CLÁUSULA SEXTA****TIPO DE CONTRATAÇÃO**

6.1 – O tipo de contratação deste plano é **Coletivo Empresarial**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

7**CLÁUSULA SÉTIMA****SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**

7.1 – A segmentação assistencial dos planos descritos neste contrato é exclusivamente odontológica.

8**CLÁUSULA OITAVA****ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA**

8.1 – Com base na Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada, na abrangência geográfica do produto optado pela **CONTRATANTE**, em consonância com a classificação estabelecida na legislação vigente.

8.2 – A **CONTRATADA** disponibilizará a rede credenciada do produto escolhido com todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), na qual constarão os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento ao qual poderá ter acesso.

8.3 – Os prestadores poderão estar distribuídos por mais de um orientador, de acordo com os diferentes estados.

8.4 – O orientador odontológico será disponibilizado através de meio físico, cópia em CD ou on-line, através do site www.amildental.com.br, a critério da **CONTRATADA**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**9****CLÁUSULA NONA****ÁREA DE ATUAÇÃO**

9.1 – As áreas de atuação dos planos odontológicos descritos no aditivo contratual compreendem os estados que integram a área geográfica de abrangência de cada produto, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pela **CONTRATANTE**.

10**CLÁUSULA DÉCIMA****ATRIBUTOS DO CONTRATO**

10.1 – A **AMIL**, operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o §1º, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela MP 2.177 de 2001, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos com as coberturas das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do **rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, vigente na época do evento. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

10.2 – O presente contrato de cobertura de custos odontológicos reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor e artigos 458 a 461 do Código Civil de 2002, considerando-se, ainda, esta avença como um contrato, assumindo o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **AMIL** em garanti-la ou em razão de o evento não constar do rol de procedimentos vigente.

10.3 – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação setorial vigente, em especial a Resolução Normativa RN 195/09, alterada pela RN 200/09, bem como, subsidiariamente, pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

11

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

11.1 – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

11.2 – À **CONTRATADA** é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, para proceder à aceitação da referida inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, prevalecendo, após a aceitação, a data de inclusão indicada na solicitação mencionada.

11.3 – Poderão ser incluídas como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato as pessoas físicas que mantenham vínculo de caráter empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**. São ainda considerados elegíveis para este contrato os estagiários devidamente vinculados à empresa contratante.

11.4 – São considerados **BENEFICIÁRIOS dependentes**, com relação ao **BENEFICIÁRIO titular**, podendo ser incluídos apenas no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO titular**, as seguintes pessoas:

- a) Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes, respeitado o conceito de família previsto no art. 226, parágrafo 3º da Constituição da República Federativa do Brasil;
- b) Os filhos(as) solteiros(as) com menos de 40 (quarenta) anos e filhos(as) inválidos(as), de qualquer idade, comprovados por perícia médica realizada pela **CONTRATADA**. Equiparam-se aos filhos, o enteado e os tutelados na forma da lei.

11.5 – Podem ser incluídos, ainda, como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato, os **BENEFICIÁRIOS dependentes agregados**. São considerados **BENEFICIÁRIOS dependentes agregados**, em relação ao **BENEFICIÁRIO titular**:

- a) pai e mãe;
- b) sogro(a);
- c) irmãos(ãs).

11.6 – São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, os menores adotados judicialmente, os enteados e os tutelados, na forma da lei.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

11.7 – Em caso de inscrição pelo **BENEFICIÁRIO** de filho(s) natural(is) ou de filho(s) adotivo(s), menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO**, desde que sua inclusão seja expressamente solicitada pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, respectivamente, a contar do nascimento ou da adoção. A extinção da adoção confere à **CONTRATADA** o direito de exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano contratado.

11.8 – Com relação aos **BENEFICIÁRIOS** vigoram ainda as seguintes disposições:

- a) Os dependentes, para serem incluídos no contrato, dependerão da participação do **BENEFICIÁRIO titular** no plano de assistência odontológica.
- b) Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e pelo **BENEFICIÁRIO**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios da legitimidade da pessoa jurídica e da condição de elegibilidade do **BENEFICIÁRIO**, tais como, porém não limitados a somente estes: atos constitutivos, inscrições no órgão competente, documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes, certidão da sentença de adoção, entre outros.

11.9 – A **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e a classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares, dependentes ou agregados, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

11.9.1 – A **CONTRATADA** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A **CONTRATADA** poderá, a seu critério, cobrar pelo fornecimento dessa documentação.

11.9.2 – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da declaração escrita da **CONTRATANTE**, aprovada pela **CONTRATADA**.

11.9.3 – A **CONTRATANTE** será responsável pelo pagamento das contraprestações mensais dos beneficiários classificados como estagiários, bem como pela utilização correta do sistema da **CONTRATADA**.

11.9.4 – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, às normas administrativas da **CONTRATADA**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

11.9.5 – As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de perda das condições de elegibilidade dos **BENEFICIÁRIOS**. Os ônus decorrentes de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato serão de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança à **CONTRATANTE** dos custos incorridos.

11.10 – O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano definido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído, devendo ser observados os prazos estipulados na cláusula das **CARÊNCIAS**.

11.11 – No caso de extinção automática do contrato ou na hipótese de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia para sua extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento.

12**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA****CONCEITOS**

12.1 – Para fins deste contrato, considera-se:

12.1.1 – Consulta inicial – aquela destinada a exames e diagnóstico para a elaboração do plano de tratamento.

12.1.2 – Consulta de urgência – aquela caracterizada por sofrimento intenso que justifique um atendimento imediato, como: curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de trabalho protético; tratamento de alveolite; incisão e drenagem de abscesso extra e intraoral e reimplante de dente avulsionado.

12.1.3 – Consulta para condicionamento – o tempo despendido para adaptação do cliente de até 7 (sete) anos ao ambiente clínico do consultório e conseqüentemente o aceite da execução dos procedimentos que forem necessários, de acordo com da cobertura do plano contratado.

12.1.4 – Prazo mínimo de validade – o tempo aceitável para que um mesmo procedimento seja realizado novamente, tendo em vista as normas técnicas e os padrões odontológicos aceitos. Eventualmente, procedimentos odontológicos solicitados com prazos discrepantes dos aceitáveis poderão ser analisados administrativamente.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**13****CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA****COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

13.1 – A cobertura se dará nos limites do plano contratado, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros detalhes, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as disposições previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época do evento.

13.2 – Este contrato prevê a cobertura de custos odontológicos para os seguintes procedimentos:

13.2.1 – Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, que pode ser consultado através dos sites www.ans.gov.br ou www.amildental.com.br

14**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA****EXCLUSÕES CONTRATUAIS**

14.1 – O presente contrato não prevê a cobertura de custos ou reembolso, **EM QUALQUER HIPÓTESE**, para os eventos que se seguem:

14.1.1 – Implantes, próteses sobre implantes e transplantes.

14.2.1 – Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e material odontológicos quando, por imperativo clínico, for necessária a realização de procedimentos em estrutura hospitalar listados no Rol de Procedimentos Odontológicos, vigente à época do evento.

14.2.1.1 – Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

14.2.1.2 – O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

14.2.1.3 – Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e da estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

14.2.2 – Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua assinatura, exceto se incorporado ao rol pelo órgão regulador.

14.2.3 – Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos e procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo **BENEFICIÁRIO**, entre outros: ingestão de bebida alcoólica e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos; atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.

14.2.4 – Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.

14.2.5 – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados nos planos sem reembolso, exceto consulta de urgência, conforme descrito na cláusula **CARACTERÍSTICA DO PLANO**.

14.2.6 – Exames de laboratório, exceto os que constam do Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

14.2.7 – Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na Segmentação Assistência Médica, vigente à época do evento, e suas despesas hospitalares.

14.2.8 – Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.

14.2.9 – Igualmente não haverá qualquer cobertura para as despesas ou os custos decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** à consulta por ele marcada.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**15****CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA****MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

15.1 – A **CONTRATADA** fornecerá, para cada **BENEFICIÁRIO**, um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

15.1.1 – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

15.2 – O **BENEFICIÁRIO** será atendido por dentistas credenciados pela **CONTRATADA**, relacionados na rede credenciada, em conformidade com o plano contratado, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO** e de acordo com o dentista.

15.3 – A qualquer momento, o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consultas de avaliação destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo esta(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.

15.4 – O ônus decorrente da ausência do **BENEFICIÁRIO** a qualquer consulta será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista o direito de cobrança pela ausência diretamente ao **BENEFICIÁRIO**.

16**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA****DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS**

16.1 – O direito ao credenciamento e descredenciamento, de qualquer prestador de serviço, é de competência exclusiva da **CONTRATADA**, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do atendimento para os seus **BENEFICIÁRIOS**. Em caso de descredenciamento, a **CONTRATADA** providenciará uma alternativa para a continuidade do tratamento.

16.2 – A rede credenciada será disponibilizada e atualizada no site Amil Dental.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

17

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA**REEMBOLSO DE DESPESAS**

17.1 – A **CONTRATADA** reembolsará as despesas com o atendimento dos procedimentos odontológicos vinculados à cobertura contratada por cada **BENEFICIÁRIO**, desde que ocorrido em território nacional e somente em cidades onde não haja rede credenciada, conforme a Tabela de Reembolso Amil Dental específica para cada produto contratado constante de termo aditivo ao presente contrato e após a avaliação e comprovação.

17.1.1 – O valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO) está disposto em aditivo contratual ao presente contrato.

17.1.2 – Será utilizada, como base cálculo, a quantidade estabelecida na Tabela de Reembolso Amil Dental multiplicada pelo valor de USO, ambos definidos em termo aditivo ao presente contrato.

17.2 – Os reembolsos serão calculados de acordo com as normas administrativas da **CONTRATADA**, mediante a apresentação de documentos (recibos) e laudos odontológicos, indispensáveis em seus originais, conforme definido a seguir, visando sempre cálculos corretos para o cumprimento deste contrato e em conformidade com o plano contratado:

- recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta;
- nome do **BENEFICIÁRIO** atendido;
- nome do titular ou responsável pelo contrato e dados bancários da conta-corrente do titular;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- assinatura e carimbo do responsável pela realização do atendimento (dentista);
- CPF/CNPJ e CRO do dentista ou da clínica;
- data da realização do evento;
- radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se for necessária a avaliação técnica do procedimento realizado).

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

17.3 – Dados necessários do cliente: CPF do titular do plano, conta bancária, nome e número do banco, nome e número da agência bancária.

17.4 – Os documentos (recibos e laudos) deverão ser entregues ou enviados à **CONTRATADA** no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data em que ocorrer o evento odontológico.

17.5 – O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em um prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da data de entrega da documentação completa na central de reembolso da **CONTRATADA**.

17.6 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar do **BENEFICIÁRIO** a documentação, informações complementares ou auditoria sobre o procedimento a ser reembolsado, no prazo de até 10 (dez) dias úteis após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de até 15 (quinze) dias úteis a partir do cumprimento das solicitações.

17.7 – Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como titular do plano, sendo indispensável a apresentação do seu CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

18**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA****DAS CARÊNCIAS**

18.1 – Carência é o período ininterrupto durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato, exceto urgências.

18.1.1 – Para os contratos firmados com o número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

18.1.2 – Ressalvadas as hipóteses acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos no plano contratado, sendo contados do ingresso do **BENEFICIÁRIO** no contrato os seguintes prazos de carência:

a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência/emergência;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

- b) 60 (sessenta) dias para cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporomandibular, endodontia, odontologia preventiva, periodontia e radiologia;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de prótese.

19**CLÁUSULA DÉCIMA NONA****OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE****19.1 – São obrigações da CONTRATANTE:**

- a) Pagar a primeira mensalidade para a implantação do contrato.
- b) Pagar de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA**, relativamente a local, forma e data de pagamento, a prestação mensal calculada de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano contratado e conforme especificado no termo aditivo, anexado ao presente contrato.
- c) Promover a devolução, ao término do contrato ou exclusão de **BENEFICIÁRIO**, dos documentos da **CONTRATADA** em poder dos **BENEFICIÁRIOS** que permitem o uso do sistema, em especial a carteira de identificação, responsabilizando-se pelas utilizações indevidas.

19.2 – Todos os **BENEFICIÁRIOS** inscritos no contrato deverão permanecer por um período mínimo de 12 (doze) meses, sendo que não serão permitidas exclusões antes de 6 (seis) meses da data da realização do último procedimento, exceto em caso de demissão comprovada.

19.3 – A **CONTRATANTE** é responsável, juntamente com a **CONTRATADA**, pelo fiel cumprimento deste contrato, no seu todo ou parte, e no que diz respeito a seus direitos e deveres, devendo comunicar à **CONTRATADA** toda e qualquer irregularidade observada.

DO LOCAL, DA DATA E DA FORMA DE PAGAMENTO

20.1 – Todos os pagamentos serão feitos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, de acordo com as condições definidas no aditamento a este contrato, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais.

20.2 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou agência autorizada pela **CONTRATADA**.

20.3 – As mensalidades serão corrigidas nos termos, nos valores e na periodicidade autorizados pela legislação vigente na época do reajuste ou na data determinada pelo órgão governamental competente.

20.3.1 – Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços, este será calculado de acordo com a variação dos custos odontológicos no período avaliado.

20.4 – O valor por **BENEFICIÁRIO** cadastrado ou excluído fora do prazo será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

20.5 – Os impostos e demais encargos que incidam ou venham a incidir sobre a mensalidade ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**, desde que a lei assim estabeleça.

20.6 – A **CONTRATANTE** em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades fica sujeita à aplicação de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo na sua atualização monetária. Após 10 (dez) dias de atraso, poderá implicar, ainda, suspensão da cobertura. Realizado o pagamento, fica certo que não haverá cobertura dos custos ou reembolso das despesas com os procedimentos ou eventos iniciados ou ocorridos durante o período de atraso.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**21****CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA****VIGÊNCIA DO CONTRATO**

21.1 – O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do presente, e será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

22**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA****RESCISÃO/SUSPENSÃO**

22.1 – Suspensão do contrato. A **CONTRATANTE**, em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias, fica com o direito à cobertura e ao reembolso suspenso para todos os benefícios contratuais.

22.2 – Para fins de extinção do contrato, fica certo entre as partes que:

22.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer das partes, sem motivo, após a vigência do período mínimo de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação de 60 (sessenta) dias à outra parte.

22.2.2 – Caso a **CONTRATANTE** rescinda o contrato antes do prazo previsto, pagará multa de 50% (cinquenta por cento) do total das contraprestações vincendas para completar o período estipulado calculado sobre a média de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano nos 12 (doze) meses antecedentes à rescisão, ficando ajustado que no período de aviso prévio fica vedada a inclusão/exclusão de **BENEFICIÁRIOS**.

22.3 – O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela **CONTRATADA** caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato ou no caso de fraude.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

22.3.1 – Caso o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos e ativos neste contrato se torne inferior a 100, ainda que não completos os 12 (doze) meses de vigência de contrato, haverá a rescisão do presente instrumento jurídico, sendo facultada à **CONTRATANTE** a assinatura de Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica Pessoa Jurídica para Pequenas Empresas e Microempresas (PME), mediante prévia negociação com a **CONTRATADA**.

22.3.1.1 – Na hipótese elencada acima será ainda facultada aos **BENEFICIÁRIOS** a transferência para um produto individual, respeitadas as condições contratuais e tabelas de vendas vigentes, inclusive com relação a preço, para os planos da modalidade de contratação pessoa física oferecidos pela **CONTRATADA** à época da transferência.

22.3.2 – Poderá a **CONTRATADA** extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

22.3.3 – Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de a **CONTRATADA** buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

23**CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA****REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO****Demitido**

23.1 – Desde que haja opção da **CONTRATANTE** e a comprovação de que o **BENEFICIÁRIO** titular contribuiu para o plano odontológico contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** e de seus dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, ante a **CONTRATANTE**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

23.2 – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** será de um terço do tempo que tenha contribuído para o plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Aposentado

23.3 – Desde que haja opção pela **CONTRATANTE** e a comprovação de que o **BENEFICIÁRIO titular** contribuiu para o plano odontológico contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência de seu vínculo empregatício, ao se aposentar, terá o direito de permanência na qualidade de **BENEFICIÁRIO** e dos seus dependentes inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, ante a **CONTRATANTE**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

23.4 – Na hipótese de contribuição, pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como **BENEFICIÁRIO**, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Obrigações da contratante

23.5 – Quando da manutenção do ex-empregado na condição de beneficiário, a **CONTRATANTE** irá inseri-lo em plano, conforme opção realizada em termo próprio quando da contratação, de acordo com a legislação vigente.

23.6 – A fim de que os seus aposentados e demitidos sem justa causa possam ser mantidos como beneficiários deste contrato conforme preceitua a legislação em vigor, devem ser observadas as condições estabelecidas nas cláusulas a seguir.

Contribuição/participação financeira

23.7 – Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato.

23.8 – Para fins de apuração dessa contribuição, também se considera como tal o pagamento de valor fixo assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano odontológico oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

23.9 – O titular que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

23.10 – Ainda que no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria o ex-empregado não esteja realizando o pagamento de contribuição, são assegurados a ele os direitos previstos nos artigos 30 e 31, na proporção de sua efetiva contribuição.

Extensão ao grupo familiar

23.11 – O direito de manter a condição de beneficiário estende-se a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, não impedindo, contudo, que seja mantido individualmente ou apenas parte de seu grupo familiar.

23.12 – Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano odontológico, nos termos do disposto neste contrato.

Caracterização das condições de elegibilidade para fins da concessão do benefício previsto neste instrumento

23.13 – A **CONTRATANTE** obriga-se a declarar e comprovar, expressamente por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, a contribuição/participação financeira dos seus aposentados e demitidos sem justa causa, total ou parcial, no valor da mensalidade do plano.

23.14 – A **CONTRATANTE** obriga-se a dar comprovadamente ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa sobre a existência do direito que permite que eles permaneçam como usuários da **CONTRATADA**, nas condições previstas nesta cláusula, enquanto for vigente o contrato, observadas as condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica.

23.15 – A **CONTRATANTE** entregará à **CONTRATADA** cópia da manifestação expressa firmada pelo empregado aposentado ou demitido sem justa causa (declaração de oferecimento dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998), no sentido de que ele aceitou ou refutou a manutenção da condição de usuário do plano. O direito de opção de manutenção do plano odontológico deverá ser exercido obrigatoriamente dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da manifestação de ciência citada no item anterior.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**Manutenção da condição de BENEFICIÁRIO**

23.16 – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à coparticipação, quando contratadas, serão pagas diretamente pelos usuários titulares, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela **AMIL**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

23.17 – A manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no mesmo plano privado de assistência odontológica em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

23.18 – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

23.19 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido em termo aditivo, com as devidas atualizações.

23.20 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO**.

23.21 – Estarão excluídos do contrato o **BENEFICIÁRIO** titular e seus respectivos dependentes que estejam em gozo desse benefício se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou a critério da **AMIL**, das despesas porventura realizadas no período de inadimplência.

Portabilidade especial

23.22 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, o aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIOS** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano odontológico individual, familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma e especificidades previstas na Resolução nº 279 da ANS.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B**Extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998**

23.23 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado não poderá exercer o direito de manutenção quando da ocorrência das seguintes hipóteses:

- I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 279;
- II – pela admissão do **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou
- III – pelo cancelamento do plano privado de assistência odontológica pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

Comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO

23.24 – A **CONTRATANTE** obriga-se a informar à operadora para efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência odontológica, com sua comprovação, os seguintes dados:

- I – se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 279;
- III – se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência odontológica;
- IV – por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência odontológica;
- V – se o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optou pela sua manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

23.25 – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar à operadora, a qualquer tempo e assim que solicitada, os documentos originais comprobatórios referentes às informações prestadas.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

23.26 – A exclusão do **BENEFICIÁRIO** apenas será aceita pela operadora mediante a comprovação de comunicação inequívoca da opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

23.27 – Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à operadora, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO** até que a entrega se concretize.

24**CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA****CONDIÇÕES PARA A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

24.1 – A suspensão ou exclusão do **BENEFICIÁRIO** somente poderá ser realizada mediante solicitação expressa da **CONTRATANTE** no período da movimentação cadastral, devendo proceder a devolução do(s) cartão(ões) de identificação do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** para evitar o uso indevido dos serviços, cujas despesas, então, correrão por conta da **CONTRATANTE**, que, desde já, autoriza sua cobrança.

24.1.1 – Nos casos de demissão, a **EMPRESA** deverá enviar documento comprobatório.

24.1.2 – Exceto por demissão, a **EMPRESA** somente poderá solicitar exclusão do(s) **BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES)** com seu(s) respectivo(s) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)**, após o decurso do período de 12 (doze) meses da data de sua adesão ao plano e nunca antes de 6 (seis) meses da data da realização do último procedimento.

24.1.3 – Neste sentido, em havendo o descumprimento, a **EMPRESA**, desde já, garante o pagamento da Taxa Mensal de Manutenção relativa a cada **BENEFICIÁRIO** mencionado no item acima, pelo período que faltar para completar 12 (doze) meses da data de sua adesão ao plano, salvo na hipótese de rescisão do contrato.

24.2 – A falta de comunicação, pela **EMPRESA**, do cancelamento dos planos aqui referidos, no prazo previsto, implicará a cobrança, pela **AMIL**, das Taxas Mensais de Manutenção do período.

24.3 – A cobertura do(s) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)** cessará automaticamente quando perder(em) a condição de dependência do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, assim como no caso de morte dele, respeitado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

24.4 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência odontológica do **BENEFICIÁRIO titular e/ou seus dependentes**, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE**, nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, quaisquer omissões, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações ou documentação decorrentes da utilização indevida do contrato, mediante procedimento administrativo específico.
- b) Fornecimento, pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE**, de informações incompletas e/ou inverídicas, quando aplicáveis, do **BENEFICIÁRIO titular** e seus **dependentes**, conforme modalidade contratual, mediante procedimento administrativo específico.
- c) Prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE** com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita para si ou para outrem.
- d) Perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO titular** com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.
- e) Perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO dependente**.

24.5 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

24.6 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o **BENEFICIÁRIO titular** e seus **dependentes** perderão quaisquer direitos a benefícios previstos neste contrato, assim como à devolução de qualquer quantia paga.

24.7 – A **CONTRATANTE** deverá informar os **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano da **CONTRATADA** sobre a extinção do contrato, informando-os, ainda, **caso não haja continuidade do benefício com outra operadora de planos odontológicos**, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO**, e que a **CONTRATANTE** esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais.

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

25.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, com fundamento nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento da contraprestação pecuniária efetuado pela **CONTRATANTE** antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

25.1.2 – Havendo alteração no perfil populacional fornecido pela **CONTRATANTE**, constante do primeiro termo aditivo a este contrato, de modo a alterar significativamente a base do contrato, a **CONTRATADA** poderá efetuar novo cálculo atuarial, de acordo com o novo perfil etário e quantitativo de **BENEFICIÁRIO**, promovendo a devida adequação de preços.

Pagamento da contraprestação pecuniária

25.2 – O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da **CONTRATANTE**; esta se obriga a pagar à **CONTRATADA**, e será devida por si, valor pertinente a toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral, sendo certo que o valor estipulado nessa data corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicados no aditamento a este contrato.

25.2.1 – Os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 8.666/93.

25.2.2 – Caso a **CONTRATANTE** não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**. A qualquer momento, a segunda via poderá ser impressa através do site www.amil.com.br.

25.2.3 – O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

25.2.4 – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com o definido no aditamento a este contrato, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

25.2.5 – O recebimento, pela **CONTRATADA**, de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

25.2.6 – O preço por **BENEFICIÁRIO** cadastrado ou excluído fora do período predeterminado no aditamento a este contrato será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

25.2.7 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

25.2.8 – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA**, relativamente ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano contratado.

25.2.9 – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

25.2.10 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**.

26

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA**REAJUSTE****26.1 – Reajuste anual**

26.1.1 – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões terão reajuste financeiro, anualmente, de acordo com a variação do **IPCA** (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado) apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando-se por base a variação ocorrida no mês anterior à contratação e no mês anterior ao aniversário do contrato, de forma que as partes tenham o conhecimento da variação ocorrida, aprovada e divulgada pela mídia em geral, **sendo vedada a aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano.**

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

26.1.2 – Independentemente do reajuste financeiro, poderá incidir, cumulativamente, o reajuste técnico, quando, mediante demonstrativo, a **CONTRATADA** comprove que nos 12 (doze) meses anteriores houve desequilíbrio igual ou superior a 60% (sessenta por cento) na relação custo x receita, incidindo, dessa maneira, o percentual necessário para que se obtenha o equilíbrio econômico-financeiro, frise-se, de 60%.

27**CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA****DISPOSIÇÕES GERAIS**

27.1 – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como a rede credenciada da **CONTRATADA**, definida pelo tipo de plano contratado, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC), os recibos de pagamento e o Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponibilizados pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, desde o início das tratativas que resultaram na celebração do presente, independentemente de sua disponibilização no site www.amildental.com.br, com suas atualizações.

27.1.1 – O Rol de Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.amildental.com.br.

27.2 – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO titular**, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado pela operadora contratada e entregue em material impresso ou através de mídia digital.

27.3 – Será de responsabilidade da **AMIL** o envio, ao **BENEFICIÁRIO titular**, do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

27.4 – A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

27.5 – A tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118B

27.6 – Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato ou de comunicação posterior por escrito.

27.7 – Conforme disposto na regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de informações relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde permanece sob responsabilidade da **CONTRATADA**, através de seu coordenador médico de informações em saúde, devidamente cadastrado pela **CONTRATADA** perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

27.8 – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente contrato serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados e de comum acordo entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**. Além disso:

- a) Se não houver acordo quanto à escolha do dentista desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades da classe sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**.
- b) Cada uma das partes pagará os honorários do dentista que designar e os do terceiro serão pagos pela **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, em partes iguais.

27.9 – O direito à cobertura de custos e/ou de reembolso de procedimentos que sejam incluídos pela **CONTRATADA** em sua tabela, após a assinatura deste contrato, somente será incorporado, em novo termo aditivo, após a adequação dos valores pagos à nova realidade dos riscos deste contrato.

27.10 – Os casos omissos deverão ser resolvidos entre as partes, sendo objeto de novo termo aditivo ao presente contrato.

27.11 – Integram-se ao presente contrato todos os seus aditivos e anexos, bem como os comprovantes de pagamento.

28**CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA****FORO**

27.1 – Fica eleito o foro de domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas do presente contrato.

