



Plano Odontológico Essencial Empresarial

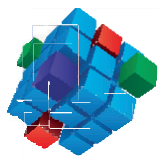
GLC - Guia de Leitura Contratual Contrato de **Plano Odontológico**



Sorríden
Odontologia Preventiva. Saúde e Bem-Estar

Nome Comercial ANS: Essencial Empresarial

ANS - nº. 419524



Guia de Leitura Contratual

Contratação	Determinaseoplano destina-seàpessoaafísica ou jurídica. A contratação pode ser Individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Pág 01
Segmentação Assistencial	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano e sua segmentação assistencial, que neste contrato é categorizada como odontológica.	Pág 01
Área Geográfica de Abrangência e Atuação	Área em que a operadora de plano de odontologia se compromete a garantir todas as coberturas de assistência 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.	Pág 01
Coberturas e Procedimentos Garantidos	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas que tem direito.	Pág 03

<p>Exclusões de Coberturas</p>	<p>É o conjunto de procedimentos que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.</p>	<p>Pág 04</p>
<p>Carências</p>	<p>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, esse período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.</p>	<p>Pág 05</p>
<p>Vigência</p>	<p>Define o período em que vigorará o contrato.</p>	<p>Pág 05</p>
<p>Mecanismos de Regulação</p>	<p>São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde odontológica.</p>	<p>Pág 06</p>
<p>Reajuste</p>	<p>O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano odontológico 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. Desde maio de 2005, os planos exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não dependem mais de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajustes, desde que esteja claro no contrato o índice que a operadora adota para o reajuste.</p>	<p>Pág 07</p>

Rescisão/
Suspensão

A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.

Pág 08

Para informar-se sobre esses e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque - ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



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

ouvidoria@ans.gov.br

sorriden.com.br

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE, que entre si fazem, de um lado, SORRIDEN CONVÊNIOS ODONTOLÓGICOS S.A., com sede na cidade de São Paulo, na Avenida Montemagno, 239, Vila Formosa - CEP: 03371-000 – Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 19.304.091/0001-87 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 41.952-4, na modalidade Odontologia de Grupo, doravante denominada simplesmente OPERADORA, e, de outro lado, a Pessoa Jurídica abaixo qualificada, neste ato denominada simplesmente CONTRATANTE, ambas representadas pelos seus representantes legais que este subscrevem, regendo-se pelas seguintes cláusulas e condições gerais e especiais:

PLANO
COLETIVO
EMPRESARIAL

1. DADOS GERAIS

1.1. Qualificação da Contratante

Razão Social					
Nome Fantasia					
Endereço					
Bairro		CEP		Cidade / UF	
CNPJ / MF		Inscrição Estadual			
Telefone		Fax		E-Mail	
Representante Legal					
RG		CPF / MF			

1.2. Plano Contratado

Identificação

Nome Comercial do Plano	Nº de Registro na ANS
ESSENCIAL EMPRESARIAL	473.922/15-1

1.2.2. Tipo de Contratação – o regime de contratação do plano de saúde objeto deste Contrato é do tipo **Coletivo Empresarial**.

1.2.3. Tipo de Segmentação Assistencial - As coberturas contratuais compreendem o tipo de segmentação assistencial **Odontológica**.

1.2.4. Área Geográfica de Abrangência – **Grupo de Municípios**.

1.2.4.1. Área de Atuação: clínicas credenciadas nos estados: AL, AP, BA, CE, DF, ES, GO, MA, MG, MT, PA, PI, PR, RJ, RN, RS, SC, SE e SP:

AL	AP	BA	CE	DF	ES
Maceió	Macapá	Salvador	Fortaleza	Brasília	Cariacica Serra Vila Velha Vitória
GO	MA	MG	MT	PA	PI
Aparecida de Goiânia Goiânia Rio Verde Senador Canedo	São Luís	Barbacena Belo Horizonte Cataguases Juiz de Fora Muriaé Patrocínio do Muriaé	Varzea Grande	Parauapebas	Teresina
PR	RJ	RN	RS	SC	SE
Colombo Maringá Umuarama	Belford Roxo Cabo Frio Duque de Caxias Niteroi Nova Friburgo Petrópolis Rio De Janeiro São Pedro da Aldeia Três Rios	Natal Parnamirim	Santa Maria	Itajaí Navegantes	Aracajú
SP					
Americana Aracatuba Araraquara Arujá Assis Atibaia Barretos Barueri Bauru Bragança Paulista Caçapava Caieiras Cajamar Campinas Caraguatatuba Carapicuíba Cotia Cubatão	Diadema Embu Embu-Guaçu Fernandópolis Ferraz de Vasconcelos Franca Francisco Morato Franco da Rocha Guaratinguetá Guarujá Guarulhos Hortolândia Indaiatuba Itanhaém Itapeçerica da Serra Itapetininga	Itapevi Itaquaquetuba Itu Jacareí Jandira Jundiaí Limeira Lorena Mairiporã Marília Mauá Mogi das Cruzes Mogi-Mirim Mongaguá Osasco Ourinhos Paulínia Peruíbe Pindamonhangaba Piracicaba	Poá Praia Grande Presidente Prudente Presidente Venceslau Ribeirão Pires Ribeirão Preto Rio Grande da Serra Salto Santana de Parnaíba Santo André Santos São Bernardo do Campo São Caetano do Sul São Carlos	São João da Boa Vista São José do Rio Preto São José dos Campos São Paulo São Roque São Vicente Sorocaba Sumaré Suzano Taubaté Tietê Ubatuba Valinhos Votorantim	

Formação do Preço - Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, **MISTO**.

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

Objeto

Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, por prazo indeterminado, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Odontológica.

A cobertura contratual compreende o tratamento das doenças da Classificação Internacional de Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, e os proveimentos expressamente previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS conforme normativo vigente na época do evento.

Natureza Jurídica

Este contrato reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, tratando-se, por outro lado, de contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo código.

A este contrato aplicam-se, igualmente, as normas estatuídas na Lei nº 9.656/98 e, subsidiariamente, as disposições da Lei nº 8.078/90, especialmente, por tratar-se de contrato de adesão, o disposto no artigo 54 desta Lei.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

O Proponente terá sua inclusão solicitada pela Contratante, e passará à condição de Beneficiário a partir da assinatura da Ficha de Inscrição Cadastral (proposta de adesão). Os componentes do Grupo Elegível deverão fazer sua opção de inclusão no Contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de início de vigência do Contrato.

O grupo elegível deverá manter com a contratante um dos seguintes vínculos:

- 1) com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários ativos de pessoa jurídica contratante;
- 2) com vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa;

Os Beneficiários Titulares que ingressarem nos quadros da Contratante após o início de vigência do Contrato, deverão ser incluídos no mesmo.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS (DESPESAS COBERTAS)

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

- A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos odontológicos de urgência e emergência, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais pro-

cedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde /10ª Revisão - CID 10, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

- Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

4.1 Os procedimentos abaixo são obrigatoriamente submetidos ao regime de pré-pagamento sem incidência de mecanismo de regulação financeiro, ou seja, coparticipação ou franquia:

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICO:

Consulta inicial

Exame histopatológico

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

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

Colagem de fragmentos

Incisão e drenagem de abscesso extraoral

Incisão e drenagem de abscesso intraoral

Reimplante de dente avulsionado

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Atividade educativa (orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentifrícios e enxaguatórios);

Evidenciação de placa bacteriana;

Fluorterapia;

4.2 Os demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde são submetidos ao regime de pós-pagamento.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. São excluídos da cobertura:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos odontológicos para fins estéticos;

III - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; IV - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

V - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não re-conhecidos pelas autoridades competentes;

VI – alterações bucais em decorrência de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

VII - procedimentos buco maxilares que necessitem de internação hospitalar, bem como os exames complementares solicitados para estefim;

VIII - estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos

passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar bem como os exames complementares solicitados para este fim, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos; IX - procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

X Consultas domiciliares;

XI Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias.

6. DURAÇÃO DO CONTRATO (VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO)

Este contrato terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, contado a partir da data de sua assinatura.

Após o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, não havendo manifestação contrária das partes com prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência, o Contrato será automaticamente renovado por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, conforme prevê o art. 13 da Lei nº 9656/98.

A Operadora ou a Contratante poderá deixar de renovar o Contrato, devendo, para tanto, apresentar, obrigatoriamente, à outra parte sua manifestação escrita nesse sentido, enviada para os endereços constantes do Contrato, com 60 (sessenta) dias de antecedência ao término do período de vigência inicial.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

O quadro geral de carências, abaixo indicado, deverá ser aplicado em respeito e conformidade com as coberturas expressamente previstas, nos itens e cláusulas anteriores, sendo certo que os prazos indicados começarão a ser contados a partir da data de inclusão do Beneficiário no Contrato:

Grupo de Carência: 0

Prazo para Aquisição do Direito de Uso: 24 (vinte e quatro) horas.

Procedimentos/Eventos Odontológicos: O Beneficiário adquire o direito a atendimento nos casos de Urgência/Emergência, resultantes de odontalgias, de hemorragias ou de acidente pessoal.

Grupo de Carência: 1

Prazo para Aquisição do Direito de Uso: 30 (trinta) dias

Procedimentos/Eventos Odontológicos: O Beneficiário adquire o direito aos procedimentos relacionados a Diagnóstico, Radiologia, Prevenção, Dentística, Periodontia, Endodontia e Cirurgias Odontológicas.

A redução dos prazos de carência, eventualmente concedida pela Operadora, não alterará as demais condições do Contrato, principalmente aquelas relativas a Exclusões.

8. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da CONTRATADA:

I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;

II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;

- III - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;
- IV - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;
- V - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;
- VI - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- VI - Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- VII - Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- IX - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;

Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da Operadora com um documento de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, nos casos previstos, a Autorização Prévia da Operadora para a realização do serviço. Com exceção da consulta inicial, para exame clínico e elaboração de orçamento, e dos casos de urgência/emergência, todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da Operadora, devendo os orçamentos serem submetidos à análise da operadora em impresso próprio, completamente preenchido, assinado e datado pelo odontologista assistente e assinado pelo Beneficiário.

Nos procedimentos que exigem autorização prévia fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência, conforme art. 4º, inciso IV da resolução CONSU 08/98.

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

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

Em caso de divergências e dúvidas de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário o direito de requerer a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela Operadora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, sendo que a remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela Operadora. Sendo que, se o nomeado pelo beneficiário for credenciado pela Operadora, o beneficiário não terá que pagar os honorários respectivos.

Aos procedimentos submetidos ao regime de pré-pagamento não se aplica qualquer mecanismo de regulação financeira.

10. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, no regime misto de pré e pós-pagamento.

Os procedimentos submetidos ao regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, abrange:

- I - consulta inicial;
- II - curativo em caso de hemorragia bucal;
- III - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- IV - imobilização dentária temporária;
- V - recimentação de peça protética;
- VI - tratamento de alveolite;
- VII - colagem de fragmentos;
- VIII - incisão e drenagem de abscesso extraoral;
- IX - incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- X - reimplante de dente avulsionado;
- XI - orientação de higiene bucal;
- XII - evidenciação de placa bacteriana;
- XIII - aplicação tópica de flúor.

Os demais procedimentos não cobertos no valor da mensalidade, são submetidos ao regime de pós-pagamento por custo operacional, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a utilização das coberturas contratadas, da seguinte forma: os tratamentos odontológicos são orçados pela Relação de Preços dos Procedimentos Odontológicos, parte integrante deste contrato, e uma vez aprovados e auditados pela OPERADORA, após a realização pelo Beneficiário, são encaminhados os demonstrativos para pagamento do valor total das despesas assistenciais. Sendo vedado que o beneficiário efetue o pagamento diretamente ao prestador de qualquer procedimento realizado pela rede odontológica, conforme artigo 4º da RN 59/2003.

As Mensalidades deverão ser pagas até a data de seu vencimento, que ocorrerá sempre no próprio mês de competência, nos estabelecimentos bancários.

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

Os acertos referentes a qualquer divergência na quantidade de Beneficiários, considerando-se cada Plano ou o Grupo de Beneficiários de forma global, constatada após a emissão da fatura mensal, serão efetuados no faturamento mensal imediatamente subsequente, não constituindo, portanto, motivo ou justificativa para o atraso do pagamento da respectiva Fatura Mensal.

No caso de atraso no pagamento da Fatura Mensal, seu valor será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e de correção diária, calculada com base em indicador oficial, ou não, adotado pelo Sistema Bancário.

Nenhum pagamento de Mensalidade será reconhecido se a Contratante não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela Operadora ou, ainda, por admi-

nistradora de cartão de crédito.

O atraso no pagamento das Mensalidades implica na suspensão automática do direito às coberturas objeto do Contrato, excetuando-se, exclusivamente, os atendimentos de emergência/urgência odontológica, devidamente comprovados.

O direito às coberturas objeto do Contrato será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia imediatamente subsequente àquele em que a Operadora tenha tido confirmação de pagamento das Mensalidades em atraso, desde que tal pagamento tenha ocorrido antes que se completem 60 (sessenta) dias de atrasos, acumulados durante o período de vigência contratual.

11. REAJUSTE DA MENSALIDADE

O valor das Mensalidades, estipuladas na data de início de vigência do Contrato, e os valores da Tabela de Procedimentos sujeitos ao pós-pagamento serão atualizados anualmente, contado a partir da data de início de cada período de vigência contratual.

Na falta do índice previamente acordado, o reajuste das Mensalidades será calculado de acordo com variação percentual, verificada no período de 12 (doze) meses, do índice, oficial ou não, que o substitua.

Nos casos em que se utilize o critério de Taxa Média Mensal (Mensalidade Média), fixada por Plano Contratado, independentemente do reajuste acima, semestralmente, se houver alteração significativa da composição etária do Grupo de Beneficiários, a Operadora poderá efetuar o recálculo das Mensalidades, demonstrando os resultados à Contratante. As Taxas Médias resultantes passarão a ser cobradas da Contratante a partir do mês subsequente a esse procedimento.

Por tratar-se de plano coletivo, os critérios e percentuais de reajuste e revisão serão, em conformidade com a legislação vigente, livremente acordados entre as partes contratantes, independentemente de autorização da ANS.

Os percentuais de reajuste e revisão aplicados, contudo, serão comunicados à ANS, na forma e nos prazos determinados pela legislação vigente.

12. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Sendo de caráter empregatício o vínculo jurídico concreto, entre Contratante e Beneficiário Titular, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa do contrato de trabalho, é assegurado ao Beneficiário Titular, que contribua para o custeio do Plano, o direito de permanecer coberto pelo Contrato, enquanto este estiver vigente e nas mesmas condições adotadas para os Beneficiários ativos, desde que assuma o pagamento integral das Mensalidades, observando-se que:

- o Beneficiário exonerado ou demitido elegível deverá formalizar, junto à Contratante, sua opção de manutenção no Plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da data do seu desligamento;

- o período de extensão de cobertura pelo Contrato será equivalente a 1/3 (um terço) do tempo de contribuição para o custeio do Plano, com um mínimo garantido de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

- o direito acima assegurado deixará de existir a partir da admissão do Beneficiário Titular em um novo emprego;

- em caso de morte do titular inativo, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano objeto deste contrato, até o término dos prazos legalmente definidos;

- o direito de permanência assegurado, nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656/98, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

No caso de aposentadoria, desde que o Beneficiário Titular, na qualidade de empregado da Contratante, tenha, comprovadamente, contribuído para planos coletivos de assistência à saúde contratados junto à Operadora, pelo período mínimo de 10 (dez) anos, fica ao mesmo assegurado o direito de permanecer coberto pelo Contrato, enquanto este estiver vigente e nas mesmas condições adotadas para os Beneficiários ativos, desde que assuma o pagamento integral das Mensalidades, observando-se que esse direito é extensivo aos seus dependentes regularmente incluídos no Contrato.

Ao aposentado que tenha contribuído para plano de assistência à saúde por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de permanecer coberto pelo Contrato, enquanto estiver este vigente e nas mesmas condições adotadas para os Beneficiários ativos, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral das Mensalidades, observando-se que esse direito é extensivo aos seus dependentes regularmente incluídos no Contrato.

O Beneficiário aposentado elegível deverá formalizar, junto à Contratante, sua opção de manutenção no Plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da data do seu desligamento.

O direito acima assegurado deixará de existir a partir da eventual admissão do Beneficiário Titular em um novo emprego.

Para gozo do direito assegurado ao beneficiário aposentado, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas para os beneficiários desligados sem justa causa, na forma dos parágrafos 2º, 3º e 4º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98.

Havendo vínculo empregatício ativo ou inativo, no caso de cancelamento, pela empregadora contratante, do benefício representado pelo plano de assistência à saúde objeto do contrato, será disponibilizado, aos beneficiários, plano na modalidade individual ou familiar, com coberturas equivalentes e aproveitamento pleno dos prazos de carência já cumpridos.

13. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de Beneficiário Titular dar-se-á em um dos seguintes casos:

- rescisão deste Contrato;
- cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante, exceto nas situações e condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente;

- solicitação expressa da Contratante, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias;
- falecimento.

A Operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da Contratante, nos casos de fraude ou perda do vínculo com a Contratante ou de dependência, previstos neste Contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

14. RESCISÃO DO CONTRATO

O Contrato poderá ser rescindido pela Operadora, obrigatoriamente mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, se, após a comprovação de que a composição do Grupo de Beneficiários ou a natureza dos riscos tenham sofrido alterações tais que a tornaram incompatível com as condições mínimas de manutenção, não seja possível, mediante comum acordo entre a Operadora e a Contratante, o restabelecimento do equilíbrio técnico-atuarial do Contrato.

A rescisão do Contrato, por iniciativa da Contratante ou da Operadora, somente se dará quando expirar o prazo de sua vigência, ou, antes disso, por inadimplência da Contratante, devidamente comprovada.

A cobertura individual de todos os componentes do Grupo de Beneficiários estará automaticamente cancelada com a rescisão do Contrato, ou quando houver atraso no pagamento das Mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, acumulado durante a vigência contratual.

A data legal da rescisão será o último dia do mês cuja Fatura Mensal tenha sido paga, respondendo a Operadora, exclusivamente, pelos sinistros ocorridos até essa data.

A partir do primeiro dia de rescisão, cessa, para todos os efeitos legais, a responsabilidade da Operadora por quaisquer atendimentos odontológicos.

No período de aviso prévio para a rescisão do Contrato, independentemente da parte denunciante, não poderá haver inclusões nem exclusões de Beneficiários no Grupo de Beneficiários.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

Anexos Contratuais

Integram este Contrato, para todos os fins de direito, o Cartão de Identificação, o Indicador de Serviços da Rede e o Manual do Beneficiário, além do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

16. FORO

Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio da Contratante.

E, assim, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em 2 (duas) vias de igual teor e valor, juntamente com as testemunhas abaixo identificadas, a tudo presentes.

São Paulo, ____ de _____ de 20__ .

CONTRATANTE: _____

RAZÃO SOCIAL: _____

OPERADORA: _____

SORRIDEN CONVÊNIOS ODONTOLÓGICOS S.A.

Testemunhas:

Nome: _____

Nome: _____

RG: _____

RG: _____