

Guia de Leitura Contratual

Página do contrato

CONTRATAÇÃO

Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.

Pág. 3

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações

Pág. 4

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Define o padrão de acomodação para leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.

Pág. 4

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

Pág. 4

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

É o conjunto de procedimento 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.

Pág. 4

O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.

EXCLUSÕES DE COBERTURAS

É o conjunto de procedimento a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação da saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano de saúde contratado.

Pág. 4

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

Pág. 5

CARÊNCIAS

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.

Pág. 5

<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquias e/ou co-participação) assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde. Define o período em que vigorará o contrato.	Pág. 6
<i>VIGÊNCIA</i>		Pág. 5
<i>RESCISÃO/SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Pág. 7
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização de serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	Pág. 7
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, ou observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

Para informar-se sobre estes 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.



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

Ministério
da Saúde



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

CONDIÇÕES DO PRODUTO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO	
Nome:	+ODONTO PREMIUM PLUS TOTAL INDIVIDUAL
Número do registro:	507293260
Forma de contratação:	INDIVIDUAL OU FAMILIAR
Abrangência geográfica:	NACIONAL
Segmentação assistencial:	ODONTOLÓGICO
Padrão de acomodação:	INDISPONÍVEL
Formatação de preço:	PRÉ-ESTABELECIDO
Fator moderador:	NÃO
Vínculo com beneficiários:	NÃO SE APLICA

DADOS DA CONTRATADA	
Razão Social:	HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.
CNPJ:	63.554.067/0001-98
Registro ANS:	36.825-3
Modalidade:	MEDICINA DE GRUPO
Endereço:	AV. HERÁCLITO GRAÇA, 406, CENTRO, FORTALEZA/CE, CEP: 60.140-060

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR	
Nome:	
Nome da mãe:	
CPF:	
Endereço:	
Cidade / UF:	
CEP:	
Data de Nascimento:	
Telefone de contato:	
E-mail:	

1. DAS PARTES

1.1. De um lado, o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, devidamente qualificado acima ou no **Extrato de Contratação Digital/Proposta de Adesão**, documentos estes que integram e compõe o **CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL OU FAMILIAR (“CONTRATO”)**, e, de outro lado, a **CONTRATADA**, também acima qualificada, pelo presente instrumento, doravante denominado de **Condições do Produto**, e, na melhor forma de direito, têm entre si, justo e livremente contratado, o que se apresenta nas cláusulas a seguir, sem prejuízo do quanto previsto nas **Condições Gerais**.

2. DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

2.1. Estas **Condições do Produto** regulam o plano de assistência odontológica **+ODONTO PREMIUM PLUS TOTAL INDIVIDUAL**, produto registrado na ANS sob o nº **507293260**, de contratação **INDIVIDUAL OU FAMILIAR** e segmentação de atendimento exclusivamente **ODONTOLÓGICO**, nos termos da Cláusula **DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, daqui em diante denominado simplesmente de **PLANO**.

2.2. Todas as coberturas contratadas serão garantidas exclusivamente por meio da rede informada pela **CONTRATADA**, no Manual de Orientação do Beneficiário e no Portal **CONTRATADA**. Os **Beneficiários** vinculados ao presente **CONTRATO NÃO** terão direito à livre escolha de profissional ou prestador pertencente à rede assistencial de outros planos da **CONTRATADA**, que não daquele que contratou.

3. DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

3.1. A Área de Abrangência Geográfica corresponde à área em que a **CONTRATADA** fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas e a Área de Atuação corresponde aos Municípios ou Estados de cobertura e operação do **PLANO**, indicados pela **CONTRATADA** no **CONTRATO**, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica.

3.2. A Área de Abrangência Geográfica do **PLANO** é **NACIONAL**, com atendimento através dos dentistas e prestadores indicados no Manual de Orientação do Beneficiário e no Portal da **CONTRATADA**. A Área de Atuação, por sua vez, corresponde a todos os Municípios e Estados situados dentro do território nacional.

4. DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

4.1. O presente **PLANO** não contempla cobertura hospitalar, razão pela qual seus **Beneficiários** não fazem jus à internação em qualquer tipo de acomodação.

5. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. 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.

5.2. Os **Beneficiários** têm direito às seguintes coberturas: PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS, atendimentos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA odontológicos, EXAMES AUXILIARES OU COMPLEMENTARES, tratamentos e demais procedimentos 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, realizados em consultórios ou centros clínicos odontológicos integrantes da rede assistencial da **CONTRATADA**, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para a segmentação odontológica, bem como listados a seguir:

5.2.1. DIAGNÓSTICO:

- 5.2.1.1 Consulta odontológica Inicial
- 5.2.1.2 Consulta odontológica
- 5.2.1.3 Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria
- 5.2.1.4 Consulta para Técnica de Clareamento dentário Caseiro
- 5.2.1.5 Teste de contagem microbiológica
- 5.2.1.6 Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
- 5.2.1.7 Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
- 5.2.1.8 Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
- 5.2.1.9 Diagnóstico e tratamento de xerostomia
- 5.2.1.10 Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
- 5.2.1.11 Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
- 5.2.1.12 Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- 5.2.1.13 Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- 5.2.1.14 Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais
- 5.2.1.15 Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
- 5.2.1.16 Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
- 5.2.1.17 Diagnóstico e tratamento de halitose

5.2.2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- 5.2.2.1 Consulta odontológica de Urgência
- 5.2.2.2 Consulta odontológica de Urgência 24 hs
- 5.2.2.3 Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- 5.2.2.4 Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- 5.2.2.5 Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- 5.2.2.6 Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- 5.2.2.7 Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
- 5.2.2.8 Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
- 5.2.2.9 Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
- 5.2.2.10 Reimplante dentário com contenção
- 5.2.2.11 Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
- 5.2.2.12 Tratamento de alveolite
- 5.2.2.13 Colagem de fragmentos dentários
- 5.2.2.14 Pulpectomia
- 5.2.2.15 Restauração temporária / tratamento expectante
- 5.2.2.16 Tratamento de pericoronarite
- 5.2.2.17 Recimentação de trabalhos protéticos
- 5.2.2.18 Remoção de dreno extra-oral
- 5.2.2.19 Remoção de dreno intra-oral
- 5.2.2.20 Tratamento de abscesso periodontal agudo

5.2.3. RADIOLOGIA:

- 5.2.3.1. Fotografia
- 5.2.3.2. Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
- 5.2.3.3. Radiografia interproximal - bite-wing

- 5.2.3.4. Radiografia oclusal
- 5.2.3.5. Radiografia periapical

5.2.4. PREVENÇÃO:

- 5.2.4.1 Aplicação de selante - técnica invasiva
- 5.2.4.2 Aplicação de selante de fósulas e fissuras
- 5.2.4.3 Aplicação tópica de verniz fluoretado
- 5.2.4.4 Aplicação tópica de flúor
- 5.2.4.5 Atividade educativa em saúde bucal
- 5.2.4.6 Profilaxia: polimento coronário
- 5.2.4.7 Controle de biofilme (placa bacteriana)
- 5.2.4.8 Teste de fluxo salivar
- 5.2.4.9 Teste de PH salivar
- 5.2.4.10 Teste de capacidade tampão da saliva
- 5.2.4.11 Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- 5.2.4.12 Restauração atraumática em dente permanente
- 5.2.4.13 Raspagem supra-gengival
- 5.2.4.14 Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
- 5.2.4.15 Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- 5.2.4.16 Controle de cárie incipiente

5.2.5. ODONTOPEDIATRIA:

- 5.2.5.1. Condicionamento em Odontologia
- 5.2.5.2. Coroa de acetato em dente decíduo
- 5.2.5.3. Coroa de aço em dente decíduo
- 5.2.5.4. Coroa de policarbonato em dente decíduo
- 5.2.5.5. Exodontia simples de decíduo
- 5.2.5.6. Pulpotomia em dente decíduo
- 5.2.5.7. Restauração atraumática em dente decíduo
- 5.2.5.8. Tratamento endodôntico em dente decíduo
- 5.2.5.9. Aplicação de cariostático
- 5.2.5.10. Imobilização dentária em dentes decíduos
- 5.2.5.11. Adequação do Meio Bucal
- 5.2.5.12. Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
- 5.2.5.13. Coroa de acetato em dente permanente

5.2.6. ODONTOLOGIA CLÍNICA:

- 5.2.6.1. Faceta direta em resina fotopolimerizável
- 5.2.6.2. Restauração de amálgama - 1 face
- 5.2.6.3. Restauração de amálgama - 2 faces
- 5.2.6.4. Restauração de amálgama - 3 faces
- 5.2.6.5. Restauração de amálgama - 4 faces
- 5.2.6.6. Restauração em ionômero de vidro - 1 face
- 5.2.6.7. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
- 5.2.6.8. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
- 5.2.6.9. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
- 5.2.6.10. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face

- 5.2.6.11. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
- 5.2.6.12. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
- 5.2.6.13. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
- 5.2.6.14. Dessensibilização dentária
- 5.2.6.15. Ajuste Oclusal por acréscimo
- 5.2.6.16. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- 5.2.6.17. Núcleo de preenchimento
- 5.2.6.18 Remineralização

5.2.7. PERIODONTIA:

- 5.2.7.1. Aumento de coroa clínica
- 5.2.7.2. Cirurgia odontológica a retalho
- 5.2.7.3. Cirurgia periodontal a retalho
- 5.2.7.4. Cunha proximal
- 5.2.7.5. Enxerto conjuntivo sbepitelial
- 5.2.7.6. Enxerto gengival livre
- 5.2.7.7. Enxerto pediculado
- 5.2.7.8. Gengivectomia
- 5.2.7.9. Gengivoplastia
- 5.2.7.10. Odonto-secção
- 5.2.7.11. Sepultamento radicular
- 5.2.7.12. Tunelização
- 5.2.7.13. Imobilização dentária em dentes permanentes
- 5.2.7.14. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
- 5.2.7.15. Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA

5.2.8. CIRURGIA:

- 5.2.8.1. Alveoloplastia
- 5.2.8.2. Amputação radicular com obturação retrógrada
- 5.2.8.3. Amputação radicular sem obturação retrógrada
- 5.2.8.4. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
- 5.2.8.5. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
- 5.2.8.6. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
- 5.2.8.7. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
- 5.2.8.8. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
- 5.2.8.9. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
- 5.2.8.10. Aprofundamento/aumento de vestíbulo
- 5.2.8.11. Biópsia de boca
- 5.2.8.12. Biópsia de glândula salivar
- 5.2.8.13. Biópsia de lábio
- 5.2.8.14. Biópsia de língua
- 5.2.8.15. Biópsia de mandíbula
- 5.2.8.16. Biópsia de maxila
- 5.2.8.17. Bridectomia
- 5.2.8.18. Bridotomia
- 5.2.8.19. Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
- 5.2.8.20. Cirurgia para exostose maxilar
- 5.2.8.21. Cirurgia para torus mandibular – bilateral

- 5.2.8.22. Cirurgia para torus mandibular – unilateral
- 5.2.8.23. Cirurgia para torus palatino
- 5.2.8.24. Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.25. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.26. Exérese ou excisão de cálculo salivar
- 5.2.8.27. Exérese ou excisão de cistos odontológicos
- 5.2.8.28. Exérese ou excisão de mucocele
- 5.2.8.29. Exérese ou excisão de rânula
- 5.2.8.30. Exodontia a retalho
- 5.2.8.31. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
- 5.2.8.32. Exodontia de raiz residual
- 5.2.8.33. Exodontia simples de permanente
- 5.2.8.34. Frenulectomia labial
- 5.2.8.35. Frenulectomia lingual
- 5.2.8.36. Frenulotomia labial
- 5.2.8.37. Frenulotomia lingual
- 5.2.8.38. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.39. Reconstrução de sulco gengivo-labial
- 5.2.8.40. Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio buco-maxilo-facial
- 5.2.8.41. Reeducação e/ou reabilitação de seqüela em traumatismo buco-maxilo-facial
- 5.2.8.42. Remoção de dentes inclusos / impactados
- 5.2.8.43. Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
- 5.2.8.44. Remoção de odontoma
- 5.2.8.45. Remoção de tamponamento nasal
- 5.2.8.46. Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.47. Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.48. Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- 5.2.8.49. Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
- 5.2.8.50. Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
- 5.2.8.51. Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.52. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.53. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.54. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.55. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- 5.2.8.56. Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução
- 5.2.8.57. Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno
- 5.2.8.58. Ulectomia
- 5.2.8.59. Ulotomia
- 5.2.8.60 Amputação radicular com obturação retrógrada
- 5.2.8.61 Amputação radicular sem obturação retrógrada
- 5.2.8.62 Controle pós-operatório em odontologia
- 5.2.8.63 Tratamento conservador de luxação de articulação têmporo-mandibular – ATM
- 5.2.8.64 Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia

5.2.9. ENDODONTIA:

- 5.2.9.1 Capeamento pulmar direto
- 5.2.9.2 Curativo de demora em endodontia
- 5.2.9.3 Clareamento de dente desvitalizado
- 5.2.9.4 Pulpotomia
- 5.2.9.5 Pino pré-fabricado
- 5.2.9.6 Remoção de núcleo intrarradicular
- 5.2.9.7 Retratamento endodôntico birradicular
- 5.2.9.8 Retratamento endodôntico multirradicular
- 5.2.9.9 Retratamento endodôntico unirradicular
- 5.2.9.10 Tratamento de perfuração endodôntica
- 5.2.9.11 Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
- 5.2.9.12 Tratamento endodôntico birradicular
- 5.2.9.13 Tratamento endodôntico multirradicular
- 5.2.9.14 Tratamento endodôntico unirradicular
- 5.2.9.15 Preparo para núcleo intrarradicular
- 5.2.9.16 Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
- 5.2.9.17 Remoção de corpo estranho intracanal

5.2.10. PRÓTESE:

- 5.2.10.1. Coroa provisória com pino
- 5.2.10.2. Coroa provisória sem pino
- 5.2.10.3. Coroa total em cerômero
- 5.2.10.4. Coroa total metálica
- 5.2.10.5. Núcleo metálico fundido
- 5.2.10.6. Pino pré-fabricado
- 5.2.10.7. Remoção de trabalho protético
- 5.2.10.8. Provisório para Restauração metálica fundida
- 5.2.10.9. Restauração metálica fundida
- 5.1.10.10 Coroa de aço em dente permanente
- 5.1.10.11 Coroa de policarbonato em dente permanente
- 5.1.10.12 Coroa total acrílica prensada

5.2.11. PRÓTESE ESPECIAIS

- 5.2.11.1 Reembasamento de coroa provisória
- 5.2.11.2 Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)
- 5.2.11.3 Diagnóstico por meio de enceramento
- 5.2.11.4 Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)
- 5.2.11.5 Placa oclusal resiliente

5.2.12. EXAMES COMPLEMENTARES:

- 5.2.12.1. Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)

5.2.13. ORTODONTIA:

- 5.2.13.1 Mantenedor de espaço fixo
- 5.2.13.2 Mantenedor de espaço removível
- 5.2.13.3 Plano inclinado
- 5.2.13.4 Aparelho extra-bucal
- 5.2.13.5 Arco lingual

- 5.2.13.6 Placa lábio-ativa
- 5.2.13.7 Disjuntor palatino - Hirax
- 5.2.13.8 Quadrihélice
- 5.2.13.9 Grade palatina fixa
- 5.2.13.10 Grade palatina removível
- 5.2.13.11 Placa de Hawley - com torno expensor
- 5.2.13.12 Mentoneira
- 5.2.13.13 Aparelho de Klammt
- 5.2.13.14 Aparelho de protração mandibular - APM
- 5.2.13.15 Aparelho de Thurow
- 5.2.13.16 Barra transpalatina fixa
- 5.2.13.17 Barra transpalatina removível
- 5.2.13.18 Aparelho ortodôntico fixo metálico
- 5.2.13.19 Bionator de Balters
- 5.2.13.20 Blocos geminados de Clark – twinblock
- 5.2.13.21 Botão de Nance
- 5.2.13.22 Disjuntor palatino - Macnamara
- 5.2.13.23 Distalizador com mola nitinol
- 5.2.13.24 Distalizador de Hilgers
- 5.2.13.25 Distalizador Distal Jet
- 5.2.13.26 Distalizador Pendulo/Pendex
- 5.2.13.27 Distalizador tipo Jones Jig
- 5.2.13.28 Gianelly
- 5.2.13.29 Herbst encapsulado
- 5.2.13.30 Modelador elástico de Bimler
- 5.2.13.31 Monobloco
- 5.2.13.32 Obtenção de modelos gnatostáticos de Planas
- 5.2.13.33 Pistas diretas de Planas - superior e inferior
- 5.2.13.34 Pistas indiretas de Planas
- 5.2.13.35 Placa de distalização de molares
- 5.2.13.36 Placa de Hawley
- 5.2.13.37 Placa de mordida ortodôntica
- 5.2.13.38 Placa de Schwarz
- 5.2.13.39 Placa de verticalização de caninos
- 5.2.13.40 Placa dupla de Sanders
- 5.2.13.41 Placa encapsulada de Maurício
- 5.2.13.42 Plano anterior fixo
- 5.2.13.43 Regulador de função de Frankel
- 5.2.13.44 Simões Network
- 5.2.13.45 Splinter
- 5.2.13.46 Contenção fixa - por arcada
- 5.2.13.47 Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler

6. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

6.1. Excluem-se da cobertura deste **PLANO** odontológico todo e qualquer procedimento não previsto na cláusula anterior, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, definidos para a segmentação odontológica, vigente à época do evento, bem como os procedimentos relativos a:

- a) Cirurgias buco-maxilo-faciais não listadas no Rol de Procedimentos da ANS definidos para a segmentação odontológica ou sem enquadramento na diretriz de utilização respectiva;
- b) Cirurgias periodontais não listadas no Rol de Procedimentos da ANS definidos para a segmentação odontológica ou sem enquadramento na diretriz de utilização respectiva;
- c) Implantes;
- d) Órteses, próteses e materiais especiais necessários para a execução de procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação odontológica;
- e) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
- f) Fornecimento de materiais, medicamentos e produtos importados (não nacionalizados), ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, necessários à realização de procedimentos cobertos pelo presente contrato e de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) Consultas domiciliares;
- h) Tratamento clínico experimental;
- i) Procedimentos clínicos para fins estéticos, não previstos no presente contrato;
- j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- l) Procedimentos não previstos como de cobertura obrigatória pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para a segmentação odontológica ou que não esteja enquadrado em sua respectiva Diretriz de Utilização ou, ainda, que não esteja previsto no presente contrato.

7. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1. As **Condições do Produto** vigorarão pelo mesmo prazo previsto no **Extrato de Contratação Digital/Proposta de Adesão** ou nas **Condições Gerais**.

8. DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1. Em conformidade com a regulamentação vigente da ANS, que determina que poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência, o direito de atendimento dos **Beneficiários** deste **CONTRATO**, encontra-se vinculado, a contar da data de ingresso de cada **Beneficiário** na contratação, aos prazos de carência estabelecidos nas **Condições Gerais**, para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, e de acordo com as segmentações contratadas.

8.2. Os prazos para cadastramento dos **Beneficiários** com isenção do cumprimento de carências também estão previstos nas **Condições Gerais**.

9. DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

9.1. Não há cláusula para Doença ou Lesão Preexistente.

10. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. 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 à 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;
- VII. Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- VIII. 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.

10.1.1. Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que a lei assim definir como de urgência/emergência para a segmentação odontológica.

10.2. DO REEMBOLSO:

10.2.1. O reembolso dos custos pelo atendimento realizado por serviço odontológico não credenciado à **CONTRATADA**, somente será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica **CONTRATADA**, para as despesas efetuadas pelo **Beneficiário** com assistência odontológica, em casos de urgência e emergência comprovada através dos documentos relacionados nas **Condições Gerais**, na impossibilidade justificada da não utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**, de acordo com a tabela de preços por esta praticada no produto ao qual o **Beneficiário** está vinculado, em conformidade com o art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98.

10.2.2. À exceção das situações previstas no art. 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98 e na RN nº 566/2022 ou outra que venha a lhe substituir, não haverá reembolso de despesas particulares decorrentes de atendimentos realizados fora da rede assistencial vinculada ao produto contratado junto à Operadora.

11. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

11.1. Os mecanismos de regulação dos serviços e financeiros seguirão as diretrizes estabelecidas nas **Condições Gerais**.

11.2. O referido **PLANO** não possui fator moderador.

12. DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

12.1. O regime de pagamento do referido **PLANO** é pré-estabelecido.

12.2. O valor da remuneração deverá ser pago conforme vencimento determinado no **Extrato de Contração Digital/Proposta de Adesão**.

13. DO REAJUSTE ANUAL

13.1. As regras referentes ao reajuste anual seguirão as diretrizes estabelecidas nas **Condições Gerais**.

14. DO REAJUTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

14.1. Não haverá reajuste por mudança de faixa etária.

15. DA RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1. A rescisão e a suspensão reger-se-ão pelas condições e regras estabelecidas nas **Condições Gerais**.

Loca e data conforme **Condições Gerais**.

BENEFICIÁRIO

_____, ____ / ____ / ____ Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____ / ____ / ____ Local Data

Nome: _____

CPF: _____-_____

Assinatura: _____

ANEXO 1

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

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

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

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

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará

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

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

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

BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____ Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____ Local Data

Nome: _____

CPF: _____-_____

Assinatura: _____

ANEXO 2

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE - MPS

• Direito dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/1998, nos planos coletivos empresariais

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

• Abrangência geográfica

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

Administradora de Benefícios

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

Para informar-se sobre esses e outros detalhes de contratação de plano de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora.

Permanecendo dúvidas, pode-se consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800 701 9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022 da Agência de Saúde Suplementar.



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

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

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

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde, isoladas ou combinadas, definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998. A cobertura para acidente de trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) a(s) área(s) de abrangência estadual, grupo de estados, de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato, de forma clara.

Manual para Contratação de Planos de Saúde



ANS nº 506253



Responsável Técnico: Dr. Francisco Floriano Delgado Perdigão - CRM/CE 4953

Orientação para Contratação

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

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

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um Plano de Saúde

Planos Individuais ou Familiares		Planos Coletivos	
Carência	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.556/1998: 14h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo de até 180 dias para demais procedimentos.	Com 30 participantes ou mais:	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso até trinta dias de celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
Cobertura Parcial Temporária (CPT)	Sendo constatado, no ato da contratação, que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, nesse momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT, é facultado à operadora oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 538/2022.	Com menos de 30 participantes:	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
Coletivo por Adesão		Coletivo Empresarial	
Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingressa no plano em até trinta dias de celebração de contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias de data de aniversário do contrato.		Com 30 participantes ou mais: Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravio, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias de celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.	
Coletivo por Adesão		Com menos de 30 participantes:	
É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravio, independentemente do número de participantes.		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravio.	

Mecanismos de Regulação

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.

Reajustes

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara, elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas de percentuais de variação dispostas em contrato e atendendo a RN nº 563/2022. Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade, por mudança de faixa etária, é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas de percentuais de variação dispostas em contrato e atendendo a RN nº 563/2022.

Alterações na Rede Assistencial do Plano

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência, no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

Vigência

- A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses, com renovação automática.
- A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

Regras de Rescisão e/ou Suspensão

Nos planos individuais ou familiares: a rescisão ou suspensão contratual unilateral, por parte da Operadora, somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 5º dia de inadimplência.

Nos planos coletivos: as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde do beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos Planos Coletivos

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