



DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

Teixeira de Freitas - BA

Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1

SUMÁRIO

	PÁGINA
Decreto Nº 026/2016	1
Extrato Contratação do Pessoal	2
Contrato Plano Assistência Odontológica	3

Prefeitura Municipal de
Teixeira de Freitas

DECRETO Nº 026/2016 DE 29 DE MARÇO DE 2016

Fixa o reajuste anual dos servidores públicos municipais em 6% (seis por cento), para o exercício de 2016, e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS, Estado da Bahia, no uso das suas atribuições conferidas pelo Art. 75, da Lei Orgânica deste Município;

CONSIDERANDO o acordo Ofício nº 108/2016, no qual o Comitê deliberou sobre o índice do reajuste anual do funcionalismo público municipal.

RESOLVE:

Art. 1º. Fica estipulado o reajuste anual no percentual 6% (seis por cento), tendo por base as remunerações do mês de Dezembro/2015 e retroativo ao mês de Janeiro de 2016.

Parágrafo único. Não serão abrangidos pelo reajuste de que trata este decreto o Prefeito Municipal, o Vice-Prefeito, os Secretários Municipais, o Controlador-Geral do Município, o Procurador-Geral do Município, o Chefe de Gabinete do Prefeito, e os Servidores do Magistério da Educação Básica do Município.

Art. 2º. O pagamento dos valores correspondentes ao reajuste dos meses de Janeiro e Fevereiro de 2016 será feito por meio de folha de pagamento, em 08 (oito) parcelas iguais, a partir do mês de abril de 2016.

Art. 3º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se, publique-se e se cumpra.

Gabinete do Prefeito, em 29 de março de 2016.

João Bosco Bittencourt
Prefeito Municipal

Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1

**EXTRATO PARA PUBLICAÇÃO DE
CONTRATAÇÃO DO PESSOAL DO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL Nº 001/2015**

O Município de Teixeira de Freitas, Estado da Bahia, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, torna públicas as contratações do pessoal anteriormente nomeado e convocado, conforme o Resultado Final do Processo Seletivo Simplificado a que se refere Edital n.º 001/2015, homologado em 27 de janeiro de 2016.

INSCRIÇÃO	CANDIDATO	CARGO	PERÍODO	VENCIMENTO MENSAL	JORNADA DE TRABALHO	LOCAL DE TRABALHO
351781	JOSIVAN RESSURREIÇÃO DA CONCEIÇÃO	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	18/03/2016-17/03/2018	880,00	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
355654	JEAN DOUGLAS ROCHA FERREIRA	MOTORISTA	18/03/2016-17/03/2018	880,00	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
354416	JOAQUIM BORGES DOS SANTOS JUNIOR	MOTORISTA	18/03/2016-17/03/2018	880,00	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
347148	DAMIÃO CERQUEIRA GONZAGA	MOTORISTA	18/03/2016-17/03/2018	880,00	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
352741	BRUNA SILVA TORRES	TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MEDICA - TARM (SAMU)	18/03/2016-17/03/2018	999,36	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
354923	IANCA LURGANA BRANDÃO BRAGA	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	18/03/2016-17/03/2018	880,00	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
351121	ALEXANDRE SANTOS GUERRA	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	18/03/2016-17/03/2018	880,00	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
348078	SABRINA DOS ANJOS BARBOSA	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	18/03/2016-17/03/2018	880,00	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
354015	ROBERTO FERREIRA DE MAGALHÃES	ENFERMEIRO DO SAMU	18/03/2016-17/03/2018	2.100,00	40 HORAS SEMANAIS	SAMU
352989	FLAVIO PIMENTA DE SOUZA	ADVOGADO DO CREAS	18/03/2016-17/03/2018	4.500,00	30 HORAS SEMANAIS	CREAS

Teixeira de Freitas-BA, 18 de março de 2016.

João Bosco Bittencourt
Prefeito Municipal



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

Termo de Condições Específicas para Contratação de Plano Odontológico Coletivo Empresarial

PME GRUPAL

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social da Empresa Contratante Município de Teixeira de Freitas		Ramo de Atividade Administração Pública em Geral	
Nome Fantasia Prefeitura Municipal de Teixeira de Freitas	Inscrição Estadual Isenta		
CNPJ/MF 13.650.403/0001-28	Nome Completo do Contato na Empresa Rafael		
Nome Completo do Representante Legal João Bosco Bittencourt		Nº 145	Complemento
Endereço/Logradouro (Rua, Av., Praça...) Av. Mal. Castelo Branco,		Cidade Teixeira de Freitas	UF Ba
CEP 45995-041	Bairro Centro		
Telefone Comercial	Telefone Celular 73 99987-8427	E-mail	

DADOS ENDEREÇO

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

IGM OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA., Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 21.415.709/0001-28, registro na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o nº 41.974-5, com sede na Av. Santos Dumont, 4785, CEP: 42700-000, Estrada do Coco, Loteamento Jd. Aeroporto - Portão, em Lauro de Freitas/Bahia.

DADOS DO PLANO

NOME DO PLANO	Contribuição Mensal	Nº de Titulares	Nº de Dependentes	Nº de Agregados	Total de Beneficiários	SubTotal
Integral Empresarial ANS: 474315155	R\$ 16,00					
Integral Plus Empresarial ANS: 474307155	R\$ 28,00					
Orto Plus Empresarial ANS: 474314155	R\$ 79,90					
Executivo Empresarial ANS: 474312151	R\$ 0,00					
TOTAL: R\$						

REAJUSTE ANUAL PELO ÍNDICE DIVULGADO PELA ANS E/OU EM CASO DE SINISTRALIDADE SUPERIOR A 60% (SESSENTA POR CENTO).

VENDA	INÍCIO VIGÊNCIA	VENC. FATURA	MOV. CADASTRAL
() de 01 a 15	01/___/___	10	20
() de 16 a 30	15/___/___	25	20

Modalidade de Contratação

- () Contributária _____ (% funcionário)
() Não Contributária (100% empresa)

PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO
24 (VINTE E QUATRO MESES)

PRAZO PARA DENÚNCIA/CANCELAMENTO DO CONTRATO
60 (SESSENTA) DIAS DE ANTECEDÊNCIA

Valor de Unidade de Reembolso(U.R) para Tabela de Ressarcimento - R\$ 0,45 (Quarenta e Cinco Centavos de Real)

CARÊNCIAS

5 a 29 vidas: Carência conforme Cláusula Contratual.
A partir de 30 vidas: Sem Carência.

DADOS DO ANGARIADOR

Nome do Angariador Alexandro Santos	Código do Angariador
Telefone 71 3379-1478	Celular
E-mail	
Nome da Corretora IGM Administradora e Corretora de Seguros Ltda	Código da Corretora 0036

FORMALIZAÇÃO

LOCAL E DATA: Te de Freitas, 21 de MARÇO de 2016

CONTRATANTE:

1. x João Bosco Bittencourt

Nome: João Bosco Bittencourt

Cargo: Prefeito Municipal

TESTEMUNHAS:

1. Caroline Souza Ferreira

CONTRATANTE:

2. x João Bosco Bittencourt

Nome: João Bosco Bittencourt

Cargo: Prefeito Municipal

TESTEMUNHAS:

2. Marcilio Carlos Goulart

Marcilio Carlos Goulart
Secretário Municipal de Administração

ANS - nº 41974-5

Certifico que foi Publicado em 29/03/16

Kamilla de Jesus Castro Henriques
Assessora - Mat 006

Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1

Nº do Contrato

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde



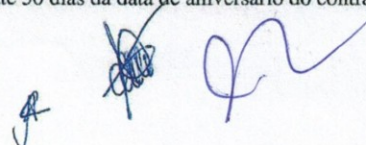
Operadora: IGM Operadora de Planos Odontológicos
 CNPJ: 21.415.709/0001-28
 Nº de registro na ANS:
 Site: <http://www.igmodonto.com.br>

Diferenças Entre Planos Individuais e Coletivos

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

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9656/1998: 24 horas para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial
		Com 30 participantes ou mais Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes É permitida a exigência de cumprimentos de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora do plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: 1 - os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato; e 2 - tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.





Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CTP é facultado à operadora oferecer o Agravo, 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 DLPs não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo, na forma prevista pela RNº 162/2007.</p>	Coletivo Empresarial <p>Com 30 participantes ou mais Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</p> Coletivo por Adesão <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.</p>
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde. Autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>	
REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p> <p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p>	
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.</p> <p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p> <p>Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>	

3



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1

Nº do Contrato

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 congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos Artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos Planos Coletivos Empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação 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 gozo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em novo emprego ou cargo.

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

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias após a extinção do benefício para contratar junto à operadora o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e Segmentação Assistencial

Define o tipo de assistência a 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 existencial 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 24 horas, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência Geográfica

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

Área de Atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

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

4



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1

Nº do Contrato

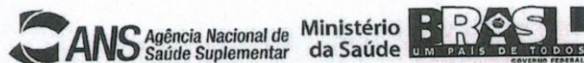
Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação do plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS 0800-701-9656.
ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.*

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



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

Disque-ANS: 0800-701-9556
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

[Handwritten signatures]



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - COLETIVO EMPRESARIAL

As partes qualificadas no Termo de Condições Específicas resolvem ajustar o presente instrumento que se regerá pelas cláusulas estabelecidas neste Contrato.

I- ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. Este Plano tem por objetivo garantir a prestação continuada da assistência odontológica aos Beneficiários incluídos no Contrato, mediante o reembolso (para livre escolha) ou o pagamento diretamente ao prestador dos serviços (quando utilizada a rede credenciada), na forma de plano privado de assistência à saúde, previstos no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando exclusivamente a Assistência Odontológica com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observadas as coberturas, os limites e as exclusões contratuais.

1.2. Trata-se de contrato, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

II- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. ACEITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E MOVIMENTAÇÃO

2.1.1. Este Contrato coletivo empresarial é destinado às pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, demitidos ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998; agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes (**BENEFICIÁRIO TITULAR**), bem como o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos e demais vínculos acima referidos (**BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**).

2.1.2. A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Beneficiário Titular.

2.1.3. A Contratante deverá disponibilizar à Operadora, sempre que for solicitada, toda e qualquer documentação necessária que comprove a legitimidade da Pessoa Jurídica Legitimada e a elegibilidade de todos os Beneficiários incluídos no contrato.

Av. Santos Drumont, 4785, Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico

ANS - nº 41974-5

6



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

2.1.4. Será de responsabilidade da Contratante comprovar a sua legitimidade e a condição de elegibilidade dos Beneficiários perante à Operadora.

2.1.5. Não será aceita a inclusão de Proponente que não tenha vínculo com a Contratante.

2.1.6. Tanto para o Beneficiário Titular, como para os Dependentes ou Agregados, se houver, na vigência inicial ou no transcorrer do Contrato, a inclusão dependerá do envio de solicitação da CONTRATANTE, por meio de formulário eletrônico no padrão estabelecido pela CONTRATADA devidamente preenchido.

2.1.7. A CONTRATADA poderá solicitar documentos, com vistas ao melhor esclarecimento das condições de elegibilidade previstas em lei.

2.1.8. Todos os Beneficiários cumprirão as carências descritas neste Contrato.

2.2. BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

2.2.1. Poderão ser aceitos como Beneficiários Dependentes, desde que cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular:

I - O cônjuge;

II - O(a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

III - O(s) filho(s) natural(is), adotivo(s), enteado(s) e/ou menor(es) tutelado(s);

IV - O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;

V - O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz(es).

2.2.2. O parentesco para dependentes é considerado em relação ao Beneficiário Titular.

2.2.3. Para inclusão de dependentes, após a data de inclusão do Beneficiário Titular, será necessário o envio à CONTRATADA, juntamente com a solicitação de inclusão, do documento que prove a aquisição da condição de dependência, tais como Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento etc.

2.2.4. O(A) filho(a) natural ou adotivo(a) do Beneficiário terá sua inclusão assegurada, isento(a) do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, observado, no que couber, os demais termos constantes neste Contrato.

2.2.5. Para a inscrição de filho(a) adotivo(a), menor de 12 (doze) anos de idade, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

2.3. AGREGADOS

Av. Santos Drumont, 4785, Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000.
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmedonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico

ANS - nº 41974-5

7



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

2.3.1. A critério exclusivo da CONTRATADA, poderão ser aceitos como Beneficiários Agregados, conforme negociação entre as partes e mediante aceitação da CONTRATADA desde que cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular.

2.3.2. Para inclusão do agregado, **obrigatoriamente**, deverão ser cumpridos os seguintes requisitos:

- a) O parentesco por afinidade seja considerado em relação ao Beneficiário Titular;
- b) O plano para os Agregados seja o mesmo do Beneficiário Titular.

2.3.3. Após o início de vigência do Contrato poderão ser incluídos, nas mesmas condições contratadas, novos proponentes (dependentes e/ou agregados), **desde que cumpridos os devidos prazos de carência.**

2.4. INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

2.4.1. Para as inclusões posteriores ao início de vigência, a contratação se dará mediante a envio de planilha eletrônica à CONTRATADA, onde o início de vigência individual será a partir do primeiro dia do mês seguinte ao recebimento, pela CONTRATADA, do pedido de inclusão ou do fato que gerou o direito ao Contrato, desde que satisfeitas as condições de aceitação previstas neste Contrato.

2.4.2. As movimentações cadastrais deverão ser informadas até o dia 20 (vinte) de cada mês, com vigência prevista para o dia 1º (primeiro) do mês subsequente.

2.4.3. Quando as datas previstas nos itens acima coincidirem com final de semana ou feriado, **as mesmas deverão ser antecipadas.**

2.5. EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

2.5.1. Ressalvados os casos de fraude, as exclusões de beneficiários serão realizadas somente a pedido da CONTRATANTE até o dia 20 (vinte) de cada mês, por meio de formulário eletrônico, sendo que o término de vigência das coberturas será o último dia do mês do recebimento do aviso pela CONTRATADA, ou a data do final de vínculo com o CONTRATANTE ou do fato que gerou o término do direito ao Plano de Saúde.

2.5.2. A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não o desobriga do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa a CONTRATADA.

2.5.3. O prazo de permanência dos beneficiários titular e dependente no contrato é de 12 (doze) meses, cabendo a CONTRATANTE, na hipótese de exclusão antes do referido prazo, o pagamento de multa pecuniária equivalente a 6 (seis) vezes o valor médio da mensalidade do respectivo beneficiário excluído, podendo a CONTRATADA ainda exigir o complemento



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da penalidade acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

2.6. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

2.6.1. Estando aceitos e incluídos os Beneficiários, a CONTRATADA, no prazo de até 30 (trinta) dias fornecerá à CONTRATANTE os cartões individuais de identificação que consignará o Plano de Saúde contratado, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do Beneficiário aos serviços odontológicos credenciados.

2.6.2. Antes do recebimento do cartão, os eventos cobertos poderão ser realizados com autorização do Atendimento ao Cliente, nos limites e demais condições contratuais.

2.6.3. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o CONTRATANTE deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via.

2.6.4. O recém-nascido, filho de Beneficiário(a), que ainda não tenha sido incluído no Plano de Saúde, será atendido, nos primeiros 30 (trinta) dias de vida, mediante apresentação da sua Certidão de Nascimento, Cartão de Identificação da mãe ou do pai e documento de identidade do acompanhante responsável.

III- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Serão garantidas por este contrato:

a) Para o plano denominado "Integral":

I - a cobertura para todos os procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de 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, conforme previsão no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

II. a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, de acordo à tabela da contratada.

b) Para o plano denominado "Integral Plus":

Além das coberturas do produto "Integral", será garantida, observados os prazos de carência previstos neste contrato, a realização de:

- Clareamento dentário caseiro;

Av. Santos Drumont, 4785, Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico

ANS - nº 41974-6

9



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1

Nº do Contrato



- Clareamento de dente desvitalizado.

c) Para o plano denominado "Orto Plus":

Além das coberturas dos produtos "Integral" e "Integral Plus", observados os prazos de carência previstos neste contrato, serão garantidos ainda:

- Aparelho ortodôntico fixo metálico e ortopédico;
- Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo;
- Manutenção de aparelho ortodôntico removível - aparelho ortopédico;
- Contenção fixa - por arcada;
- Documentação Ortodôntica (5 fotos, Rx panorâmica, telerradiografia com 2 traçados, par de modelos, pasta, caixa, CD);
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- Mantenedor de espaço fixo e mantenedor de espaço removível observados os prazos de carência previstos neste contrato.

A cobertura do Clareamento dentário caseiro será garantida somente após o término do tratamento ortodôntico.

d) Para o plano denominado "Executivo":

Além de todas as coberturas previstas nos planos acima listados, serão garantidos, respeitados os prazos de carência previstos neste contrato, os seguintes procedimentos:

- Implante ortodôntico;
- Implante ósseo integrado;
- Tomografia computadorizada por feixe cônico - cone beam;
- Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório);
- Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório);
- Coroa total em cerâmica pura;
- Coroa total metalo cerâmica;
- Faceta em cerâmica pura;
- Faceta em cerômero;
- Placa miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora);
- Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos;
- Prótese total;
- Provisório para Faceta;
- Restauração em cerômero - onlay;
- Coroa provisória sobre implante;
- Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerâmica; Coroa total metalo cerâmica sobre implante e Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerômero, 120 dias após instalação de implante ósseo integrado;



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

A cobertura do Clareamento dentário caseiro será garantida somente após o término do tratamento ortodôntico.

3.2. Limitações:

- a) Estarão cobertos os honorários dos dentistas assistentes, de acordo com as coberturas expressas neste Contrato;
- b) Consideram-se como despesas cobertas os procedimentos contemplados no Rol de Procedimento da ANS, e realizados por profissionais legalmente habilitados pelos conselhos regionais competentes.
- c) **A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Beneficiário com o dentista assistente ou entidades, mesmo quando credenciados por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do Beneficiário.**

3.3. Rede Credenciada

- a) Quando o Beneficiário utilizar os serviços credenciados, colocados à sua disposição para facilitar o atendimento, **havendo cobertura**, as despesas efetuadas serão pagas pela CONTRATADA diretamente à Rede Credenciada, sem desembolso para o Beneficiário.
- b) A Rede Credenciada estará disponível ao Beneficiário por meio de acesso ao site da CONTRATADA.
- c) **A Autorização Prévia somente será efetivada pela CONTRATADA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Dentista assistente.**
- d) A Rede Credenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios prestadores de serviços ou da CONTRATADA, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente.
- e) O Guia de prestadores será disponibilizado aos Beneficiários no site www.igmodonto.com.br.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. As despesas que excederem os limites de cobertura do produto contratado, ou que não se relacionem com o tratamento previsto no Plano Odontológico correrão, sempre, por conta exclusiva do Beneficiário que as pagará diretamente ao prestador do atendimento.

4.2. Salvo disposição expressa em contrário, estão excluídas da cobertura deste Plano de Saúde as despesas decorrentes de:

- a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo Plano de Saúde contratado, conforme CLÁUSULA COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS e eventos não previstos no Rol de Procedimentos referente a Segmentação Odontológica da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento;



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

- b) Despesas que forem despendidas pelo Beneficiário anteriormente ao início da vigência do Plano de Saúde ou durante o prazo de aquisição do direito à cobertura (carência);
- c) Despesas hospitalares de internação clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista assistente na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- d) Procedimentos odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Dentista assistente ou sem que o Beneficiário apresente doença ou sintoma;
- e) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- g) Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório.

4.3. Também estão excluídas das coberturas do Plano Odontológico:

- a) Despesas com atendimento domiciliar;
- b) Exames laboratoriais, ressalvadas as exceções do Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza, ressalvadas as exceções do Rol da ANS.
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;
- j) Clareamento ou branqueamento com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- l) procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, ainda que constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam efetuados em consultório.

V- DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O presente contrato terá duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses e vigorará a partir da sua assinatura, inclusive para efeito de reajuste anual.

5.1.1. Os prazos de cumprimento de carências serão calculados a partir do início da vigência individual de cada BENEFICIÁRIO.

Av. Santos Drumont, 4785, Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000.
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico
ANS - nº 41974-5

12



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

5.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

VI- PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Os prazos de carência do Plano Odontológico contratado serão definidos neste instrumento, onde serão respeitados os limites impostos pela Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas posteriores regulamentações.

6.2. Os Beneficiários inscritos cumprirão os seguintes prazos de carências:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS	Plano
Consulta, Urgência e Emergência	24 horas	Todos
Diagnóstico	30 dias	Todos
Prevenção em saúde bucal	30 dias	Todos
Dentística	30 dias	Todos
Cirurgia	30 dias	Todos
Periodontia	30 dias	Todos
Endodontia	60 dias	Todos
Próteses	120 dias	Todos
Radiologia	30 dias	Todos
Odontopediatria	30 dias	Todos
Clareamento dentário caseiro	90 dias	Integral Pus e Executivo
Clareamento dentário caseiro	Após o término do tratamento ortodôntico	Orto Plus
Ortodontia	90 dias	Orto Plus e Executivo
Implante ortodôntico	90 dias	Executivo
Implante ósseo integrado	365 dias	Executivo
Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	30 dias	Executivo
Coroa total em cerâmica pura Coroa total metalo cerâmica Faceta em cerâmica pura Faceta em cerômero Placa miorreaxante (placa oclusal estabilizadora) Prótese parcial removível com grampos bilateral Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos Prótese total	120 dias	Executivo



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

Provisório para Faceta Restauração em cerômero – onlay Coroa provisória sobre implante		
Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerâmica Coroa total metalo cerâmica sobre implante Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerômero	120 dias após instalação de implante ósseo integrado.	Executivo
Demais procedimentos previstos cobertos	180 dias	Todos

6.3. Quando o Beneficiário optar por plano com coberturas mais amplas, serão aplicadas as carências das novas coberturas, de acordo com as condições do novo plano.

6.4. Quando o Beneficiário estiver em carência, as urgências e emergências estarão cobertas, conforme procedimentos descritos neste Contrato.

6.5. Quando contratada opção de ingresso para Agregados, serão aplicadas às mesmas regras contratuais de carências, desde que o início de vigência seja igual ao do Beneficiário Titular. Para ingresso com vigência posterior ao do Beneficiário Titular, haverá aplicação de carência total, conforme definidos neste Contrato.

6.6. Nos contratos com 30 (trinta) participantes ou mais, não será exigido o cumprimento de prazos de carência estabelecidos no presente instrumento, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30(trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

VII- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

7.1. Os Beneficiários terão cobertura para os atendimentos de urgência e emergência, respeitando-se os prazos da Cláusula VI- Períodos de Carência.

7.2. 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.



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

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.

X - Urgência inespecífica.

XI - Redução de luxação da ATM (articulação têmporo mandibular).

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

7.4. REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

7.4.1. Nos casos de urgência e emergência, quando comprovada a impossibilidade de utilização dos prestadores próprios, contratados ou credenciados pelo BENEFICIÁRIO, observada a área geográfica de abrangência do plano contratado, conforme artigo 12, inciso VI da Lei nº 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas assistenciais decorrentes nos moldes determinados pela agência reguladora – ANS.

7.4.2 Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial do plano.

7.4.3. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à IGM ODONTO os seguintes documentos:

- a) Formulário de reembolso devidamente preenchido, disponível no site da IGM Odonto, na área restrita do cliente;
- b) Imagem radiográfica inicial e final;
- c) Laudo do cirurgião-dentista contendo a descrição do atendimento de emergências;
- d) Conta discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados acompanhada de Nota Fiscal quitada ou Recibo de Pagamento à Autônomo (RPA), facultado à IGM ODONTO periciar os prontuários, resguardadas as normas éticas.

7.4.4. A solicitação deve ser encaminhada fisicamente ao endereço da sede da IGM Odonto, exclusivamente por meio de carta registrada (AR), devendo ser indicado no envelope se tratar de pedido de reembolso.

7.4.5. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela IGM ODONTO, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

7.4.6. A apresentação incompleta dos documentos previstos na presente cláusula, ensejará o indeferimento do reembolso, sendo que a reapresentação dos documentos incidirá em nova contagem de prazo.

VIII- ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

8.1. O reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiários e com liberdade de escolha de dentistas assistentes será efetuado de acordo com os limites previstos neste Contrato e Tabela de Reembolso da CONTRATADA em que estão relacionados os procedimentos e quantidades de unidades para reembolso. Essa tabela se encontra registrada em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Lauro de Freitas-Bahia e à disposição dos Beneficiários e do CONTRATANTE e nos estabelecimentos da CONTRATADA.

8.1.1. A tabela acima citada também está à disposição para consulta dos Beneficiários na área restrita do cliente no endereço eletrônico da CONTRATADA (www.igmodonto.com.br), podendo ainda o Beneficiário obter esclarecimentos através do Atendimento ao Cliente da Operadora.

8.2. O Beneficiário poderá escolher qualquer cirurgião-dentista legalmente habilitado, mesmo que não integrante da Rede Credenciada, desde que dentro da área de abrangência deste plano, para realização de todos os procedimentos cobertos neste Contrato e no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS.

8.3. Qualquer despesa somente será reembolsada respeitando-se os prazos de carência, tabela de reembolso, Unidade de Reembolso (UR), bem como os limites previstos neste Contrato.

8.4. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à IGM ODONTO os seguintes documentos, **sempre em originais (exceto prontuário odontológico)**.

- Formulário de reembolso devidamente preenchido, disponível no site da IGM Odonto, na área restrita do cliente;
- Imagem radiográfica inicial e final;
- Laudo do cirurgião-dentista contendo a descrição do atendimento de emergências;
- Conta discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados.
- Nota Fiscal quitada ou Recibo de Pagamento à Autônomo (RPA), contendo o nome do paciente, data da consulta, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do tipo de atendimento/especialidade. Deverão constar, ainda, os dados do dentista assistente (nome, CPF, CRO especialidade, assinatura e endereço completo), facultado à IGM ODONTO periciar os prontuários, resguardadas as normas éticas.

8.4.1. A solicitação deve ser encaminhada fisicamente ao endereço da sede da IGM Odonto, exclusivamente por meio de carta registrada (AR), devendo ser indicado no envelope se tratar de pedido de reembolso.



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

8.4.2. A apresentação incompleta dos documentos previstos na presente cláusula, ensejará o indeferimento do reembolso, sendo que a reapresentação dos documentos incidirá em nova contagem de prazo.

8.5. Estando caracterizada a cobertura, a CONTRATADA efetuará o devido reembolso na conta bancária do Beneficiário titular ou do responsável financeiro se for o caso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da documentação correta e completa na CONTRATADA.

8.6. O valor do reembolso das despesas será apurado considerando a aplicação da Unidade de Reembolso (UR) do plano contratado pelo Beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na Tabela da CONTRATADA. Em nenhuma hipótese, o reembolso será inferior ao praticado pela operadora na rede credenciada.

8.7. A fim de dirimir eventuais dúvidas quanto a quaisquer eventos objeto de reembolso, a CONTRATADA poderá, a seu critério, solicitar laudos de exames realizados anteriormente, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório do dentista assistente completo e outros documentos que julgar necessários, ficando o processo de reembolso, nesse caso, sujeito à análise dos resultados dos referidos exames ou laudos, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido neste Contrato.

8.8. A CONTRATADA, independentemente da adoção das medidas legalmente aplicáveis contra o responsável por danos que lhe forem causados, não efetuará qualquer reembolso ou pagamento com base neste contrato, caso haja, por parte do CONTRATANTE ou dos Beneficiários:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações fornecidas na proposta que tenham influenciado na aceitação do Plano de Saúde ou em qualquer pagamento previsto neste Contrato;
- b) Fraude, tentativa de fraude ou dolo;
- c) Inobservância das obrigações contratuais;
- d) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da CONTRATADA na elucidação do evento ou das respectivas despesas;
- e) Prática de atos ilícitos ou contrários à lei.

8.9. Referencial para reembolso de despesas.

8.9.1. É o valor apurado multiplicando-se o valor da UR (Unidade de Reembolso) pelo valor unitário do procedimento previsto na Tabela de Reembolso da CONTRATADA.

8.9.2. O valor, em moeda corrente no país, da UR (Unidade de Reembolso) estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da CONTRATADA é R\$ 0,45 (quarenta e cinco centavos de reais), a qual será anualmente reajustada pelo IGM-P (Fundação Getúlio Vargas - FGV).

Av. Santos Drumont, 4785. Estrada do Coco. Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico
ANS - nº 41974-5

17



Nº do Contrato

IX- MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. Quando o Beneficiário utilizar os serviços credenciados colocados à sua disposição, havendo cobertura, as despesas efetuadas serão pagas pela CONTRATADA diretamente à Rede Credenciada, sem desembolso para o Beneficiário, de acordo com os termos e condições previstos neste Contrato.

9.1.1. Conforme o procedimento ou especialidade, não havendo recurso credenciado disponível, ou se o Beneficiário optar por recurso não credenciado, o Beneficiário deverá utilizar o sistema de livre escolha e solicitar reembolso à CONTRATADA, dentro das condições deste contrato.

9.2. O Beneficiário verificará previamente o Guia Odontológico, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede CONTRATADA, marcando dia e hora para consulta.

9.3. As solicitações, previamente indicadas pelos dentistas assistentes no plano de tratamento, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Atendimento da CONTRATADA, sendo estipulado o prazo de 1 (um) dia útil para o fornecimento da autorização de atendimento, contado da data do recebimento da solicitação.

9.4. A realização dos procedimentos odontológicos dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da CONTRATADA, salvo em casos de urgência e emergência.

9.4.1 A Autorização Prévia somente será efetivada pela CONTRATADA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do dentista assistente.

9.5. A solicitação para realização de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos poderá ser feita por médico assistente ou cirurgião-dentista, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica.

9.6. O Beneficiário que se utilizar de recurso não credenciado, inclusive nos casos de urgência ou emergência, deverá solicitar reembolso à CONTRATADA, que será reembolsado de acordo com a Tabela de Reembolso registrada, dentro das condições deste contrato.

9.7. O atendimento será prestado mediante o cartão individual de identificação do plano odontológico contratado, cuja apresentação pelo beneficiário será acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei. Está assegurado a fruição dos direitos deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo ser adotado pela CONTRATADA, sempre que necessário novo sistema operacional para melhor atendimento, quando será informado ao CONTRATANTE.

9.8. Considera-se uso indevido, a utilização do cartão de identificação, ou de outro documento para obter atendimento, pelos beneficiários que perderam essa condição, por



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

exclusão ou término do contrato, mesmo que na forma contratada, ou em qualquer hipótese, por terceiro que não seja beneficiário.

9.8.1. O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, seus dependentes, se houver e suas consequências.

9.8.2. Na emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, será cobrada da CONTRATANTE uma taxa pela emissão do novo Cartão no valor de R\$5,00 (cinco reais), salvo quando for apresentado pelo CONTRATANTE ou beneficiário ocorrência policial registrando a perda, roubo ou extravio.

9.9. O CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas a CONTRATADA, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.

9.10. O CONTRATANTE, mediante informação recebida do Beneficiário Titular, deverá notificar a CONTRATADA sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

9.11. O CONTRATANTE e beneficiários autorizam a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde ou pelos Órgãos públicos de Saúde.

9.12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA

9.12.1. As divergências e dúvidas de natureza odontológica sobre as coberturas previstas no presente Plano de Odontológico serão dirimidas por junta de dentistas, constituída de três membros, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados. A constituição da junta de dentistas poderá ser solicitada pelo Beneficiário ou pela CONTRATADA.

9.12.2. Não havendo consenso na escolha do desempataador, a designação será solicitada ao Presidente de Sociedade Odontológica, sediada na localidade do atendimento que gerou a divergência.

9.12.3. Cada uma das partes pagará os honorários do dentista assistente que designar; os do terceiro serão pagos pela CONTRATADA e pelo Beneficiário, na mesma proporção.

Av. Santos Drumont, 4785, Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000.
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico

ANS - nº 41974-5

19



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. Os valores estabelecidos pelas coberturas aqui expressas serão pagos em valores pré-estabelecidos, além da Taxa de Inscrição.

10.1.1. Entende-se por pré-estabelecido, quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

10.2. O pagamento da contraprestação pecuniária dos beneficiários à operadora será de responsabilidade da CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

10.3. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à IGM ODONTO, em pré-pagamento, os valores relacionados no Termo de Condições Específicas, por BENEFICIÁRIO, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

10.3.1. As faturas emitidas pela IGM ODONTO serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.3.2. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado no Termo de Condições Específicas.

10.4. A IGM ODONTO não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

10.5 A CONTRATANTE com 30 (trinta) ou mais beneficiário inscritos, que no decurso da vigência do Contrato reduzir o número de participantes abaixo do limite mínimo de 30 (trinta), fica obrigada a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, até atingir aquele mínimo, de modo a manter as características iniciais do presente Contrato.

10.6. A CONTRATANTE com menos de 30 (trinta) beneficiários inscritos, que no decurso da vigência do Contrato reduzir o número de participantes abaixo do limite mínimo de 5 (cinco), fica obrigada a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, até atingir aquele mínimo, de modo a manter as características iniciais do presente Contrato.

10.7 – DO PAGAMENTO

10.7.1. Os pagamentos deverão ser efetuados mensalmente na data avençada e constante na Proposta de Adesão através de instrumento de cobrança, na rede bancária indicada pela IGM ODONTO, sendo reconhecido como comprovante de pagamento.

10.7.2. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à IGM ODONTO, para que não se sujeite à consequência da mora.

Av. Santos Drumont, 4785, Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico

ANS - nº 41974-S

20



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

10.7.3. Quando a data de vencimento da fatura da CONTRATANTE cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.7.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da adoção das medidas para cobrança dos valores em atraso, acarretando, inclusive, o envio das informações da CONTRATANTE aos órgãos de serviço de proteção ao crédito, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor.

10.7.5. Fica desde já estabelecido entre as partes que aos valores apurados e devidos por força do presente instrumento, será conferida a liquidez, certeza e exigibilidade, considerando, nesse sentido, título executivo extrajudicial, nos termos dos artigos 571, 576 e 585, do Código de Processo Civil brasileiro, restando autorizada ao credor a adoção de todas as medidas judiciais necessárias à satisfação de seu crédito, em especial a execução de título extrajudicial, com o acréscimo dos consectários legais.

10.7.6. O pagamento antecipado da Fatura não elimina nem reduz os prazos de carência deste CONTRATO.

10.7.7 Nenhum pagamento será reconhecido pela IGM ODONTO se o seu comprovante não estiver devidamente autenticado por ela ou por quem for designado para esse fim.

10.7.8. O recebimento pela IGM ODONTO de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando estarem pagos ou quitados os débitos anteriores.

10.7.9. O pagamento da Fatura referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados os débitos anteriores.

10.7.10. O não pagamento da fatura por período superior a 15 (quinze) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, ensejará a suspensão das coberturas ora contratadas, podendo ocorrer o seu restabelecimento mediante acerto financeiro entre as partes. Após 30 (trinta) dias de inadimplência, o contrato será cancelado com a suspensão definitiva das coberturas.

10.8. No caso de cancelamento do contrato, nova adesão poderá ser postulada após ser feita análise e aceitação das atuais condições da elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

10.9. Os eventos iniciados ou ocorridos durante o período de suspensão do atendimento não terão cobertura contratual, mesmo que a CONTRATANTE realize o pagamento da fatura e posteriormente venha solicitar a sua cobertura, caracterizando esse procedimento como cobertura excluída do contrato.

10.10. Caso ocorra a utilização das coberturas durante a suspensão ou após o cancelamento do CONTRATO, fica garantido à IGM ODONTO o direito de ressarcimento de todas as despesas incorridas pelos BENEFICIÁRIOS TITULARES ou DEPENDENTES da CONTRATANTE.



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

10.11. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, a CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à IGM ODONTO, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de novo Cartão de Identificação, valor esse a ser incluído no documento fiscal representativo do próximo faturamento mensal, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela IGM ODONTO.

10.12. Serão cobrados com base no valor repassado pelo estabelecimento que prestou o atendimento, acrescido de 10% (dez por cento) de taxa administrativa e respectivos tributos, os atendimentos decorridos de uso indevido, quer seja por falta de devolução de toda documentação de identificação destinada ao uso dos serviços deste contrato, após a exclusão do BENEFICIÁRIO ou cancelamento do contrato; quer seja por qualquer outro serviço não contemplado nas coberturas contratadas; quer seja por eventuais serviços em curso após a rescisão do contrato.

XI – REAJUSTE

11.1. O Contrato será reajustado anualmente, a partir da data de seu aniversário, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.

11.2. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice de reajuste divulgado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 12 (doze) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de vigência do CONTRATO.

11.3. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

11.3.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 60% (sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário:

A – Periodicidade para apuração:

1º Reajuste:

Reajuste Financeiro (Correção Monetária): a variação do índice de reajuste divulgado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar no período compreendido entre o 1º (primeiro) mês de vigência do contrato até o 12º (décimo segundo) mês;

Reajuste Técnico: o período de análise compreenderá o 1º (primeiro) mês de vigência do contrato até o 12º (décimo segundo) mês;

Aplicação: no 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato.

2º Reajuste e posteriores:

Reajuste Financeiro (Correção Monetária): a variação do índice de reajuste divulgado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar no período compreendido entre o 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato até o 24º (vigésimo quarto) mês e assim sucessivamente, a cada doze meses;

Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

Reajuste Técnico: o período de análise compreenderá o 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato até o 24º (vigésimo quarto) mês e assim sucessivamente, a cada doze meses;

Aplicação: no 25º (vigésimo sétimo) mês de vigência do contrato e assim sucessivamente, a cada doze meses.

B – Fórmula:

a) será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

$$RT = (\text{Sinistralidade} / \text{LIM}) - 1$$

Legenda:

RT = Reajuste Técnico

Sinistralidade = Despesas geradas pela utilização dos serviços assistenciais à saúde / Receita recebida (não fará parte deste dispositivo a taxa de inscrição per capita)

LIM = Limite esperado de utilização em relação à receita

b) será utilizada a seguinte formulação para apuração do índice de reajuste final:

$$IR = ((1 + RT) * (1 + ANS)) - 1$$

11.4. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;

11.5. Considerando o disposto na Resolução Normativa – RN nº 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no(s) produto(s) contratado(s), caso na data de celebração do Instrumento de Comercialização ou nas respectivas datas de aniversário a massa populacional inscrita seja inferior a 30 (trinta) usuários, a CONTRATANTE reconhece que fará parte de um agrupamento contratual, composto por todos os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários, participantes da carteira de beneficiários da CONTRATADA, para cálculo da sinistralidade, sendo que deverão ser observadas as seguintes regras:

11.5.1. Nos termos da Lei, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

11.5.2. O reajuste calculado para os contratos com menos de trinta vidas levará em consideração a fórmula mencionada abaixo, porém deverão ser consideradas as “despesas” e “receitas” de todos os contratos constantes do agrupamento da CONTRATADA:



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

a) será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

$$RT = (\text{Sinistralidade} / \text{LIM}) - 1$$

Legenda:

RT = Reajuste Técnico

Sinistralidade = Despesas geradas pela utilização dos serviços assistenciais à saúde / Receita recebida (não fará parte deste dispositivo a taxa de inscrição per capita)

LIM = Limite esperado de utilização em relação à receita

b) será utilizada a seguinte formulação para apuração do índice de reajuste final:

$$IR = ((1 + RT) * (1 + ANS)) - 1$$

Legenda:

IR = Índice de Reajuste

RT = Reajuste Técnico (obtido por meio da fórmula disposta na letra "a" acima).

ANS = Índice divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou outro índice que vier a substituí-lo.

11.5.3. Para apuração do reajuste a ser aplicado nos contratos constante do agrupamento, será considerado o limite técnico de 60% (sessenta por cento) e adotado índice divulgado pela ANS, ou outro índice que vier a substituí-lo, para o cálculo do reajuste financeiro.

11.5.4. Serão mantidas as datas-bases de todos os contratos constantes do agrupamento da CONTRATADA, porém o período de apuração será único - janeiro a dezembro do ano anterior à aplicação do reajuste.

11.5.5. Enquanto a CONTRATANTE fizer parte do agrupamento de contratos da CONTRATADA mencionado no item 11.5 acima, prevalecerão apenas as regras contidas nos itens 11.5.1 à 11.5.4 acima.

11.5.6. Alterando o contrato para trinta ou mais beneficiários no aniversário anterior à aplicação do reajuste, o mesmo deixará de compor o agrupamento mencionado no item 11.5



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste previsto nos itens 11.2 a 11.4 acima.

11.6. Os valores previstos nesta cláusula também poderão ser ajustados se ocorrer alterações legais que acarretem a criação de novos tributos ou contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes, aplicando-se este ajuste proporcionalmente à efetiva incidência no período contratual.

11.7. Todos os reajustes aplicados serão devidamente comunicados pela IGM ODONTO à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nos termos na Resolução Normativa nº 172/2008 e suas posteriores alterações.

XII- REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

12.1 É garantido o direito de permanência no plano aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuírem para o plano, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, observadas as seguintes condições:

- a) o prazo máximo de 30 dias para o exercício da opção assegurada contado a partir da comunicação inequívoca do empregador ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho;
- b) o período de manutenção da condição de beneficiário é o estabelecido no artigo 30, § 1º, da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com o parágrafo único do artigo 4º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, e artigo 31, caput e § 1º da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º, caput e parágrafo único da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;
- c) é garantida a extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9.656, de 1998), ressaltando que a manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar;
- d) é garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário;
- e) é garantida a permanência no plano aos dependentes em caso de morte do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, nos termos do disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;
- f) o benefício dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho;



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

12.2. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

12.3 O direito previsto nesta cláusula deixará de existir nos seguintes casos:

a) decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

b) admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

c) cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

12.4. O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção disposto na cláusula 12.1, "a".

12.5. Ao solicitar a exclusão do BENEFICIÁRIO, a CONTRANTE deverá informar:

a) se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

b) se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra nas condições especificadas na cláusula 13.1;

c) se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde e em caso positivo, informar por quanto tempo;

d) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

12.6. A exclusão do beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde somente será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas nas cláusulas anteriores.

12.7. Na hipótese de cancelamento do contrato coletivo, os beneficiários, deverão optar, em até 30 (trinta) dias após o cancelamento, por ingressar em um plano individual da IGM ODONTO, nos termos da Resolução Consu nº 19, desde que:

a) A IGM ODONTO disponha de um plano individual com comercialização ativa.

b) O BENEFICIÁRIO titular se responsabilize integralmente pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes.



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da tabela vigente, na data de adesão ao plano individual.

XIII- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 – A exclusão de BENEFICIÁRIOS somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da CONTRATANTE, no período da movimentação cadastral conforme previsto no presente contrato.

13.2. A CONTRATANTE obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao(s) BENEFICIÁRIO(s) excluído(s).

13.3. A IGM ODONTO poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência 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 omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações prestadas a operadora.

b) Perda dos vínculos do titular com a CONTRATANTE, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, ou perda da condição de dependência no caso de BENEFICIÁRIO dependente.

13.4. As coberturas do Beneficiário Titular, de seu(s) Dependente(s) e agregados, quando existirem, cessarão automaticamente:

a) quando o CONTRATANTE solicitar, formalmente, a suspensão ou exclusão dele próprio e de seu(s) Dependente(s) e Agregados do Contrato, respeitados os prazos estabelecidos no presente contrato;

b) com o cancelamento do contrato; e

c) com o não pagamento da contraprestação pecuniária, observadas as demais disposições previstas neste contrato.

13.5. As coberturas dos Beneficiários Dependentes e Agregados, quando inscritos, cessarão automaticamente:

a) sempre que cessarem as coberturas do Beneficiário Titular a que estiverem vinculados, nas hipóteses previstas neste Contrato; e

b) com a perda das condições de dependência estabelecidas neste Contrato.

13.6. O CONTRATANTE deverá comunicar a CONTRATADA, tão logo ocorra, a perda da condição de dependência das pessoas a ele vinculadas e aceitas no Plano de Saúde, respondendo pelas despesas geradas por estes, sendo que a cobertura de qualquer Dependente cessará, de pleno direito, no mês seguinte ao da perda dessa condição.

13.7. Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes perderão quaisquer

Av. Santos Drumont 4785, Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000.
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico

ANS - nº 41974-5

27



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

XIV - RESCISÃO

14.1 Suspensão do contrato

14.1.1 – A CONTRATANTE, em atraso de pagamento superior a 15 (quize) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias, fica com o direito à cobertura suspenso para todos os benefícios contratuais.

14.2. Rescisão

14.2.1 – Para fins de rescisão do contrato fica certo entre as partes que:

a) O presente contrato poderá ser extinto por qualquer das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 24 (vinte e quatro) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Na hipótese de ser denunciado antes do prazo mínimo de vigência, caberá à parte que der causa a extinção o pagamento de multa equivalente a 6 (seis) vezes o valor médio das faturas, podendo a CONTRATADA ainda exigir o complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da penalidade acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente

b) O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela IGM ODONTO, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo, ou no caso de fraude.

c) Poderá a IGM ODONTO 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.

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

XV - DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Fazem parte do presente contrato o Termo de Condições Específicas, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, previamente entregues à CONTRATANTE.

Av. Santos Drumont, 4785, Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000.
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico

ANS - nº 41974-5

28



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

15.1.1. A CONTRATANTE se responsabiliza pela distribuição do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC aos beneficiários titulares, os quais também estarão disponíveis no site www.igmodonto.com.br

15.1.2. A CONTRATANTE, sempre que solicitada pelo beneficiário titular, se obriga a disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no Guia de Leitura Contratual, nos termos do art. 6º da Instrução Normativa – IN/DIPRO nº 20/2009 da ANS.

15.1.3. 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 da IGM Odonto.

15.2. O Beneficiário Titular autoriza expressamente a CONTRATADA a obter, a qualquer tempo, por intermédio do Departamento Odontológico desta, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado ou a seu Dependente Beneficiário ou Agregado, quando houver, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do Plano de Saúde.

15.3. O CONTRATANTE, por si e por seus Beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização do setor da assistência à saúde.

15.4. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objetos de aditivo ao presente Contrato, quando couber.

15.5. A CONTRATANTE declara, neste ato, sob as penas da lei, a veracidade das informações ora prestadas, bem como declara que todas as inclusões de BENEFICIÁRIOS obedecerão às regras estabelecidas no contrato, principalmente no que tange à elegibilidade nos termos da RN 195, alterada pelas RNs 200 e 204/09, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente, por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.

15.6. A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

15.7. TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, sendo que esta mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do contrato, quando para planos de categoria inferior, e na data de vencimento da contraprestação pecuniária, para qualquer categoria.

15.7.1. Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais coberturas, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela IGM ODONTO para os novos procedimentos adquiridos com esta alteração.

Av. Santos Drumont, 4785 Estrada do Coco, Loteamento Jd.
Aeroporto, Portão Lauro de Freitas - Bahia - CEP: 42700-000
Telefone: (71) 3379-0640 - E-mail: contato@igmodonto.com.br

IGM Odonto
Plano Odontológico

ANS nº 41974-S

29



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



Nº do Contrato

15.7.2. A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo BENEFICIÁRIO titular e incluirá todos os BENEFICIÁRIOS do plano anteriormente contratado.

15.8. A autorização, por parte da IGM ODONTO, 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 operadora.

15.9. A tolerância ou a demora da IGM ODONTO 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.

XVI- DO FORO

16.1 – Fica eleito o Foro de domicílio da **CONTRATANTE**, para dirimir as questões oriundas do presente contrato.

IGM OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA
CONTRATADA

João Bosco Bittencourt
Prefeito Municipal

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

NOME: Mônica Machado Muniz
RG: 0977163679
CPF: 02760549542

NOME: MARCILIO CARLOS GOULART
RG: 4195800
CPF: 588.613.946-04



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1

Nº do Contrato

Guia de Leitura Contratual



Operadora: IGM Operadora de Planos Odontológicos
CNPJ: 21.415.709/0001-28
Nº de registro na ANS:
Site: <http://www.igmodonto.com.br>

		Página
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	6 e 7
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, odontológico e suas combinações.	6
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	-
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção do 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.	1
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	9-11
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	11 e 12
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	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.	-
CARÊNCIA	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.	13 e 14
MECANISMOS DEREGULAÇÃO	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.	18 e 19
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	12 e 13
RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	28 - 30
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	22 - 25

31



Teixeira de Freitas - BA, terça-feira, 29 de março de 2016, Nº 2408 | Caderno 1



ADITIVO CONTRATUAL
CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL

Pelo presente instrumento particular, a IGM OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA. e MUNICÍPIO DE TEIXEIRA DE FREITAS, já qualificados no contrato originário, denominados respectivamente, CONTRATADA E CONTRATANTE, por seus representantes legais infra firmados, resolvem celebrar o presente aditivo ao Contrato do Plano Privado de Assistência Odontológica Coletivo Empresarial, celebrado em 01/03/2016 conforme as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA

1.1. As partes resolvem alterar a data de vencimento das faturas prevista no Termo de Condições Específicas para Contratação de Plano Odontológico, a qual passará a ser todo dia 25 de cada mês.

CLÁUSULA SEGUNDA

2.1. As partes, desde já, ratificam todos os termos e condições do contrato não expressamente modificados pelo presente termo aditivo e/anteriores ou que com ele conflitem. Este termo aditivo constitui parte integrante do CONTRATO para todos os fins de direito.

Lauro de Freitas, 01 de março de 2016.

MUNICÍPIO DE TEIXEIRA DE FREITAS

IGM OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.

Testemunhas:

Nome: *Caroline Souza Loureiro*
CPF: *05450380577*

RG:

Nome:

CPF: *588.613.946-04*

RG: *Marcilio Carlos Goulart*
Secretário Municipal de Administração

Verifico que foi Publicado
Em *29/03/16*
Romilda de Sousa Cabral Rodrigues
Assessora - Mat. 005

