

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

OPERADORA CONTRATADA: Uniodonto/RN – Cooperativa Odontológica do RN
CNPJ: 08.237.810/0001-78

REGISTRO ANS: 34.531-8 **CLASSIFICAÇÃO:** Cooperativa Odontológica
ENDEREÇO: Rua Açú, 665 – Tirol – Natal/RN – CEP: 59020-110
TELEFONE: (84) 4009-4664 **FAX:** 4009-4665

CONTRATANTE: ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SECCIONAL DO RN
NOME DE FANTASIA: OAB/RN

CNPJ: 08.451.064/0001-10 **INSC. EST.:** ***** **INSC. MUN.:** 153.653-2
ENDEREÇO: R. BARÃO DE SERRA BRANCA, S/N, CANDELÁRIA - NATAL/RN - CEP: 59.065-550

TELEFONE: (84) 4008-9404 - **E-MAIL:** danielle.torres@oabrn.org.br

RESPONSÁVEL (IS) LEGAL (IS):

PAULO DE SOUZA COUTINHO FILHO

CPF: 812.548.814-68

MODALIDADE DE CONTRATO:

TIPO: Contrato Coletivo Empresarial

NOME COMERCIAL: Coletivo Empresarial

REGISTRO na ANS: 455.151/06-6

FORMAÇÃO DO PREÇO: Pré-pagamento

TITULARES: Pessoas com vínculo empregatício ou estatutário com a Contratante.

CARÊNCIAS NORMAIS: 30, 60, 90 e 180 dias, conforme Cláusula VII do Contrato.

CARÊNCIAS PROMOCIONAIS (conforme Cláusula 7.7): 30 e 180 dias.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: Odontológica.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA/ÁREA DE ATUAÇÃO: Grupo de Municípios (Natal, Ceará Mirim, Goianinha, Macau, Nova Cruz, Parnamirim, Santa Cruz).

MENSALIDADE POR USUÁRIO: R\$19,90 (dezenove reais e noventa centavos)

Os dependentes também são considerados usuários, sujeitando-se ao pagamento da mensalidade.

DATA LIMITE PARA MOVIMENTAÇÃO: 15

EMIÇÃO DA FATURA: 30

VENCIMENTO DA FATURA: 05

PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL: 12 meses.

ÍNDICE DE REAJUSTE ANUAL: A atualização dos valores dos custos mensais individuais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, cuja periodicidade mínima é de 12 (doze) meses, com base no IGP-M/FGV, ou abolida a vinculação, a outro índice que vier a lhe substituir, ou ainda por livre negociação entre as partes.

FORO: Comarca da sede da CONTRATANTE.

Natal/RN, 09 de outubro de 2018



CONTRATANTE



CONTRATADA
Eugênio Carlos Araújo
Presidente

SUMÁRIO

CLÁUSULA I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES 3

CLÁUSULA II – ATRIBUTOS DO CONTRATO 3

CLÁUSULA III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 3

CLÁUSULA IV – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 4

CLÁUSULA V – EXCLUSÕES DE COBERTURA 4

CLÁUSULA VI – DURAÇÃO DO CONTRATO 4

CLÁUSULA VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA 4

CLÁUSULA VIII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES 5

CLÁUSULA IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 5

CLÁUSULA X – REEMBOLSO 5

CLÁUSULA XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO 6

CLÁUSULA XII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS 6

CLÁUSULA XIII – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE 9

CLÁUSULA XIV – REAJUSTE 9

CLÁUSULA XV – FAIXAS ETÁRIAS 10

CLÁUSULA XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 10

CLÁUSULA XVII – RESCISÃO 10

CLÁUSULA XVIII – ELEIÇÃO DE FORO 11

CLÁUSULA XIX – ÁREA DE ATUAÇÃO (GRUPO DE MUNICÍPIOS) – RN: 11

ANEXO I - Rol de Procedimentos Odontológicos Cobertos 12

ANEXO II - Serviços Não Cobertos no Plano Coletivo Empresarial 14

ANEXO III - Declaração de Leitura MPS 15

ANEXO IV - Guia de Leitura Contratual 16

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Registro do Plano na ANS sob o nº 455.151/06-6

CLÁUSULA I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

OPERADORA/CONTRATADA: UNIODONTO - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA DO RIO GRANDE DO NORTE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o número **08.237.810/0001-78**, com sede e foro à Rua Açu, n.º 665, Natal – RN, CEP 59020-110, inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número **34.531-8** e classificada como **Cooperativa Odontológica**.

CONTRATANTE/ESTIPULANTE: ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SECCIONAL DO RN, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.451.064/0001-10, com sede e foro sito à R. BARÃO DE SERRA BRANCA, S/N, CANDELÁRIA - NATAL/RN - CEP: 59.065-550.

CLÁUSULA II – ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. Este instrumento particular tem por objetivo a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, inciso I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.

2.2. Se constituem partes integrantes deste Contrato, a Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e os Anexos I e II constituídos pelo Rol de Procedimentos e Serviços não Cobertos pela CONTRATADA, bem como a Declaração de Leitura do MPS.

2.3. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter empregatício ou estatutário, conforme as diretrizes do art. 5º da RN nº 195/2009 e alterações posteriores.

3.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas físicas inscritas pela UNIODONTO/RN (CONTRATADA), caracterizado pelo vínculo empregatício, que usufruirá dos serviços propostos neste Contrato.

3.3. Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

a) Cônjuge;

b) Companheiro(a), havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

d) Os tutelares e os menores sob guarda;

e) Outros dependentes legais comprovados, conforme inciso VII do art. 5º da RN nº 195/2009.

3.4. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

3.5. A CONTRATANTE se obriga a fornecer por escrito até 25 (vinte e cinco) dias antes da data do vencimento da fatura, a relação de inclusões, alterações e exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, mediante apresentação do TERMO DE ADESÃO OU EXCLUSÃO, devidamente assinado pelo usuário Titular interessado e pelo responsável do Setor Pessoal da CONTRATANTE, assumindo em seu nome, e em nome daqueles, a responsabilidade pelas declarações prestadas.

§ 1º - As inclusões, alterações e exclusões de que trata o item anterior só serão consideradas válidas se reconhecidas pela UNIODONTO/RN no ato do protocolo de recebimento, com carimbo e assinatura do representante da CONTRATADA.

3.6. Os usuários titulares, bem como os seus dependentes legais devidamente inscritos no plano, serão identificados por meio de cartão personalizado (emitido periodicamente pela OPERADORA), cuja exibição, juntamente com o documento oficial de identificação ou similar, será obrigatório nos prestadores de serviço pertencentes à rede credenciada junto à OPERADORA.

3.7. É obrigatória a devolução do Cartão Uniodonto à OPERADORA quando da exclusão do usuário ou rescisão do Contrato, estando esta isenta de qualquer responsabilidade por seu uso indevido, cabendo ao usuário titular a responsabilidade integral pelo pagamento dos valores referentes a este uso em desacordo com o presente Contrato.

3.8. Em caso de perda do Cartão, o Usuário Titular deverá comunicar imediatamente à UNIODONTO-RN, respondendo pelas despesas indevidamente efetuadas até a data da comunicação oficial da perda.

3.8.1. A emissão da segunda via do Cartão Uniodonto acarretará no pagamento, pelo usuário, do valor de R\$ 5,00 (cinco reais) por Cartão.

CLÁUSULA IV – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A Contratada cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e condições estabelecidas no Contrato, das despesas de assistência odontológica, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos do Plano Odontológico editado pela ANS vigente à época do evento.

4.2. A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

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

4.4. O Rol de Procedimentos Cobertos consta no Anexo I do presente Contrato.

CLÁUSULA V – EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Não serão assegurados pela OPERADORA os serviços que estiverem contidos na Tabela de Atos Odontológicos Não Cobertos, discriminada no Anexo II deste Contrato.

CLÁUSULA VI – DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da sua assinatura, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à Operadora.

6.2. 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 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

CLÁUSULA VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Os usuários cumprirão os prazos de carência, conforme abaixo:

PROCEDIMENTOS	DIAS
Procedimentos de URGÊNCIA	0
Consulta, Radiologia e Prevenção	30
Dentística e Exodontia Simples	60
Endodontia, Periodontia, Cirurgia (exceto Exodontia Simples)	90
Demais procedimentos cobertos	180

7.2. Em caso de urgência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas.

- 7.3. A contagem da carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão pelo Usuário.
- 7.4. Não será exigido o cumprimento de carência para os beneficiários que aderirem nos primeiros 30 dias após assinatura do contrato, caso o total de adesões neste período seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, contando titulares e dependentes. Os que aderirem após o transcurso do prazo mencionado, e já eram vinculados à Contratante na data de assinatura do Contrato, cumprirão a carência referida no item 7.1 acima.
- 7.5. Para os beneficiários que se vincularem à Contratante após o decurso do prazo referido no item anterior, também não será exigida carência, desde que sua inscrição no plano ocorra em até 30 (trinta) dias de sua vinculação à Contratante.
- 7.6. Não será exigido o cumprimento de carência para filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, ou para filhos naturais recém-nascidos, nem para cônjuge, desde que a inscrição no plano seja feita em até 30 (trinta) dias da adoção, nascimento ou casamento, respectivamente.
- 7.7. Caso a Contratante se enquadre na promoção de redução de carências para Micro-Empresas (até 29 beneficiários), as carências relacionadas no item 7.1 referentes a Dentística, Exodontia Simples, Endodontia, Periodontia e Cirurgias, ficarão reduzidas para apenas 30 (trinta) dias, para os beneficiários que aderirem por ocasião da assinatura do presente Contrato.

CLÁUSULA VIII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

8.1. Estão dispensados do oferecimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravo nos casos de Doença e Lesão Pré-existentes (DLP) para os planos exclusivamente odontológicos.

CLÁUSULA IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

- 9.1. Classificam-se como procedimentos de urgência, 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 extra-oral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
 - VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral: 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 conseqüente imobilização.
- 9.2. Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento definir como urgência/emergência.

CLÁUSULA X – REEMBOLSO

- 10.1. 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 deste plano.
- 10.2. O Beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à Contratada os seguintes documentos:
- I – Requerimento, efetuado por escrito, em formulários próprios da OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de realização do evento;
 - II – Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas pagas ao profissional autônomo e/ou à pessoa jurídica não credenciada pela OPERADORA (recebidos e notas fiscais contendo

discriminação dos serviços prestados e valores correspondentes, data de emissão, data da realização do serviço, nome e carimbo com CRO do odontólogo responsável);

III – Relatório do odontólogo assistente contendo diagnósticos, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência:

- a) Nome completo do paciente;
- b) Procedimento e data de sua realização;
- c) Atuação do odontólogo;
- d) Valor dos honorários;
- e) Nome, número do Conselho Regional e CPF do odontólogo.

IV – Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

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

CLÁUSULA XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1. Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o Beneficiário, verificando previamente o Guia Odontológico vigente, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede Contratada que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

11.2. O cirurgião-dentista emitirá orçamento dos atos odontológicos que deverão ser realizados, para que seja aprovado pela Contratada, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

11.3. Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não cooperados.

11.4. A Contratada se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

11.5. Aprovada a realização do tratamento, sua execução deverá ser agendada pelo Beneficiário diretamente com o cirurgião-dentista que a propôs.

11.6. A Contratada, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

11.7. Da Divergência Técnica – Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da Contratada e por um terceiro escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a Contratada, cuja remuneração ficará a cargo desta, bem como do odontólogo do Beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

11.8. Da Divulgação da Rede – No ato da contratação é entregue ao Beneficiário o Guia Odontológico, editado pela Contratada, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação com os respectivos endereços. O Beneficiário poderá ter acesso às atualizações do Guia Odontológico na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento (4009-4664).

CLÁUSULA XII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

12.1. O instrumento de comercialização/Proposta de Adesão deverá dispor se haverá a manutenção em um mesmo plano contratado para os empregados ativos e também para os empregados com vínculo inativo (aposentados, exonerados ou demitidos sem justa causa, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656), ou se a contratação será em planos separados.

§1º No caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, é obrigatório que a empresa empregadora firme os contratos com uma única operadora, e no caso de encerramento ou cancelamento de qualquer um desses dois planos, o outro também deverá ser encerrado ou cancelado.

§2º Existindo mais de uma operadora contratada, os demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados deverão permanecer vinculados à contratação da operadora em que anteriormente estavam inscritos quando da vigência da relação de emprego, bem como seu eventual grupo familiar.

12.2. Os beneficiários terão ciência dos valores distribuídos em faixa etária, ainda que a CONTRATANTE tenha negociado preço único para os empregados ativos, cujo critério para a sua determinação constará do instrumento de comercialização/Proposta de Adesão, bem como as condições de seu financiamento.

Parágrafo único. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações estarão disponíveis a qualquer tempo para consulta dos beneficiários;

DO DEMITIDO

12.3. Nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, ao usuário titular que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário – e dos respectivos usuários dependentes então inscritos – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de co-participação.

§1º A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

§2º O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

DO APOSENTADO

12.4. Conforme disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, ao usuário titular aposentado que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, há pelo menos dez anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário – e dos respectivos usuários dependentes então inscritos – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de co-participação.

§1º A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

§2º Na hipótese de contribuição pelo então empregado por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

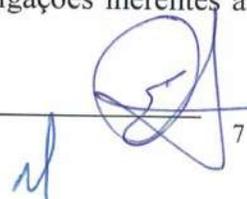
12.5. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, quando do seu desligamento, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, cujo direito de permanência do vínculo ao plano coletivo será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar da CONTRATANTE.

Parágrafo único. A permanência do vínculo de que trata o caput é garantida aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656.

DAS CONDIÇÕES COMUNS A DEMITIDOS E APOSENTADOS

12.6. O ex-empregado (exonerado, demitido ou aposentado) deve optar pela manutenção da assistência à saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação inequívoca da CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§1º Caberá à CONTRATANTE esclarecer aos seus ex-empregados os direitos e obrigações inerentes à permanência deles vinculados a contrato coletivo.



§2º O direito de permanência assegurado ao usuário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

12.7. A manutenção da condição de beneficiário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 é extensiva a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, contudo, não há obrigatoriedade de manutenção de todos os então inscritos, podendo ser mantido o vínculo tão somente pelo ex-empregado, individualmente, e por parte do seu grupo familiar.

Parágrafo único. É facultada a inclusão tão somente de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário, sujeitando-se a inscrição ao cumprimento dos prazos de carência definidos no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

12.8. Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência, observado o prazo do benefício, é assegurado aos dependentes então inscritos no plano privado coletivo de assistência à saúde conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, e nos termos do disposto neste contrato.

12.9. No caso de rescisão do presente contrato, e contratação de plano de assistência à saúde em outra operadora, a CONTRATANTE deverá garantir a inscrição dos beneficiários demitidos e aposentados no novo plano, de modo a manter a continuidade do direito em fruição.

12.10. A CONTRATADA poderá exigir da CONTRATANTE prova do prazo de contribuição do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

§1º O usuário titular que não contribuir para o plano em seu próprio nome, não fará jus ao direito de permanecer vinculado ao contrato coletivo, e, por consequência, seus dependentes também não terão esse direito, ainda que tenha ocorrido contribuição para o plano de saúde, mas cujos valores sejam relacionados exclusivamente ao grupo familiar do empregado.

§2º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa empregadora, não é considerada contribuição a co-participação do empregado, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde.

12.11. Caso de outra maneira não seja acordada, a CONTRATADA efetuará a cobrança das mensalidades diretamente aos usuários demitidos, exonerados e aposentados, desde que estes assumam a responsabilidade pelo pagamento e se sujeitem às regras definidas para os casos de inadimplência.

12.12. A CONTRATANTE deverá enviar a relação dos usuários que passarão à condição de ex-empregados (e respectivos dependentes vinculados), contendo o prazo de permanência no benefício. Juntamente com a relação, encaminhará formulário próprio – disponibilizado pela CONTRATADA – firmado pelo ex-empregado, com as suas informações cadastrais, e de seus dependentes, e ainda, termo de opção e responsabilidade, além da prova do tempo de contribuição para o plano de assistência à saúde.

12.13. A condição de beneficiário assegurada nos dispositivos acima deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos acima;
- b) quando da admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo;
- c) pelo cancelamento pela CONTRATANTE do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados;
- d) pela exclusão dos beneficiários por inadimplência ou fraude.

12.14. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 186, e suas posteriores alterações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

DO PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR

12.15. Nos planos coletivos com vínculo empregatício, no caso de a CONTRATANTE decidir não mais contratar plano para seus empregados, estes poderão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, ingressar em um plano individual ou familiar, sem a necessidade do

cumprimento de novos prazos de carência, desde que a CONTRATADA disponha de plano ativo para comercialização nessa modalidade.

§1º Somente gozarão do aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos os usuários dependentes então inscritos no plano coletivo encerrado.

§2º O valor da mensalidade corresponderá ao preço de comercialização vigente na data da contratação do plano individual/familiar.

12.16. É total responsabilidade da CONTRATANTE comunicar ao usuário titular sobre o cancelamento do seu plano, em tempo hábil ao cumprimento do prazo referido anteriormente.

CLÁUSULA XIII – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

13.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

13.2. A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à Operadora será da pessoa jurídica Contratante, exclusivamente.

13.3. A Contratante obriga-se a pagar à Contratada, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

13.4. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão.

13.5. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem cobrança de juros ou multa.

13.6. As faturas emitidas pela Contratada serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela Contratante, conforme item 3.5 acima descrito. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

13.7. Se a Contratante não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à Contratada, para que não se sujeite a consequência da mora.

13.8. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2%.

13.9. A Contratada 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.

CLÁUSULA XIV – REAJUSTE

14.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do IGP-M, da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que o substitua. O índice será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de até 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês da assinatura do Contrato.

14.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do Contrato, este será reavaliado, podendo ser através de livre negociação entre as partes.

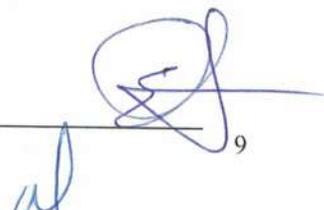
14.3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 14.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

14.4. Independente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente Contrato, entendendo-se esta como data base única.

14.5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado Contrato.

14.6. O Contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da migração e adaptação do Contrato à Lei 9656/98.

14.7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.



CLÁUSULA XV – FAIXAS ETÁRIAS

15.1. Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em relação à idade dos usuários.

CLÁUSULA XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. A perda da qualidade de Beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

I – Perda da qualidade do beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente Contrato; b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica Contratante;
- c) por fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

II – Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste Contrato; b) a pedido do beneficiário titular; c) por fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

16.2. Caberá tão-somente à pessoa jurídica Contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

16.3. A Contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da Contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude; b) perda do vínculo do titular com a Contratante, ou de dependência, previstos neste Contrato.

CLÁUSULA XVII – RESCISÃO

17.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) dias implicará, mediante comunicação escrita, na **SUSPENSÃO** do Contrato, ficando suspensas as aprovações de orçamentos e a execução de tratamentos não iniciados, de todos os usuários inscritos, até a efetiva regularização do débito.

17.2. O descumprimento de qualquer cláusula do presente Contrato enseja sua **RESCISÃO** mediante comunicação escrita, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

17.3. Constitui causa expressa da rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) a distribuição da ação ou a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da Contratante;
- c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que a Contratante tenha sido notificada previamente, sem prejuízo do direito da Contratada requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
- d) as exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, independentemente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 10 (dez) pessoas, ou ainda, nos primeiros 2 (dois) meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- e) descumprimento pela Contratante ou pela Contratada das cláusulas e condições deste Contrato.

17.4. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência, é facultado a qualquer das partes denunciar o Contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, observadas as condições descritas abaixo:

- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus.
- b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

17.5. Após a vigência do período inicial de 12 meses, o Contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com um mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência, sem ônus.

17.6. A falta de comunicação, nos termos das cláusulas anteriores, implica na subsistência das obrigações assumidas.

17.7. É de inteira responsabilidade da Contratante a comunicação aos seus beneficiários sobre a suspensão/rescisão do presente Contrato.



CLÁUSULA XVIII – ELEIÇÃO DE FORO

18.1. Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da CONTRATANTE, renunciando-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

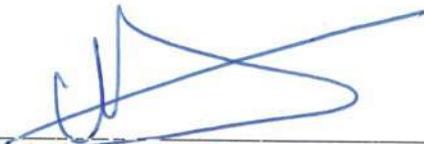
CLÁUSULA XIX – ÁREA DE ATUAÇÃO (GRUPO DE MUNICÍPIOS) – RN:

19.1. A área de atuação e/ou abrangência geográfica do presente Contrato é formada pelos seguintes municípios: CEARÁ MIRIM, GOIANINHA, MACAU, NATAL, NOVA CRUZ, PARNAMIRIM, SANTA CRUZ.

19.2. Como participante do Sistema Nacional Uniodonto, a Uniodonto-RN oferece o atendimento em todo o Território Nacional, por um profissional cooperado/referenciado, através de convênio de Intercâmbio/Reciprocidade.

E por estarem, assim justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais.

Natal/RN, 09 de outubro de 2018



CONTRATANTE

CONTRATADA
Eugênio Carlos Araújo
Presidente

Nome: Ricardo Luiz Araújo de Sá
CPF: 503.373.784-87
Vice-Presidente

Nome:
CPF:

ANEXO I - Rol de Procedimentos Odontológicos Cobertos

Classificam-se como procedimento de **DIAGNÓSTICO**:

- I - consulta inicial.
- II - Exame histopatológico.
- III - Teste de fluxo salivar
- IV - teste de PH da saliva

Classificam-se como procedimentos de **URGÊNCIA**:

- I - curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial.
- II - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose.
- III - imobilização dentária temporária.
- IV - recimentação de trabalho protético.
- V - tratamento de alveolite.
- VI - colagem de fragmentos.
- VII - incisão e drenagem de abscesso extra-oral.
- VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral.
- IX - reimplante de dente avulsionado.

Classificam-se como procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- I - radiografia periapical.
- II - radiografia bite-wing.
- III - Radiografia oclusal.
- IV - Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia), para procedimentos pré/pós cirúrgicos.

Classificam-se como procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:

- I - atividade educativa.
- II - evidenciação de placa bacteriana.
- III - profilaxia - polimento coronário.
- IV - fluoroterapia.
- V - aplicação de selante.
- VI - condicionamento em odontologia

Classificam-se como procedimentos de **DENTÍSTICA**:

- I - aplicação de cariostático.
- II - adequação do meio bucal.
- III - restauração de 1 (uma) face.
- IV - restauração de 2 (duas) faces.
- V - restauração de 3 (três) faces.
- VI - restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta.
- VII - restauração de superfície radicular.
- VIII - núcleo de preenchimento.
- IX - ajuste oclusal.

Classificam-se como procedimentos de **PERIODONTIA**:

- I - raspagem supra-gengival e polimento coronário.
- II - raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal.
- III - imobilização dentária temporária ou permanente.
- IV - gengivectomia/gengivoplastia.
- V - aumento de coroa clínica.
- VI - cunha distal.
- VII - cirurgia periodontal a retalho.

- VIII - enxerto gengival livre.
- IX - enxerto pediculado.
- X - tunelização.

Classificam-se como procedimentos de ENDODONTIA:

- I - capeamento pulpar direto – excluindo restauração final.
- II - pulpotomia.
- III - remoção de núcleo intra-radicular/corpo estranho.
- IV - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto.
- V - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos.
- VI - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos.
- VII - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais.
- VIII - retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares.
- IX - tratamento endodôntico em dentes decíduos.
- X - tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta.
- XI - tratamento de perfuração radicular.

Classificam-se como procedimentos de CIRURGIA:

- I - alveoplastia.
- II - apicectomia unirradicular.
- III - apicectomia birradicular.
- IV - apicectomia trirradicular.
- V - apicectomia unirradicular com obturação retrógrada.
- VI - apicectomia birradicular com obturação retrógrada.
- VII - apicectomia trirradicular com obturação retrógrada.
- VIII - biópsia.
- IX - cirurgia de tórus unilateral.
- X - cirurgia de tórus bilateral.
- XI - correção de bridas musculares.
- XII - excisão de mucocele.
- XIII - excisão de rânula.
- XIV - exodontia a retalho.
- XV - exodontia de raiz residual.
- XVI - exodontia simples
- XVII - exodontia de dente decíduo.
- XVIII - redução cruenta (fratura alvéolo dentária).
- XIX - redução incruenta (fratura alvéolo dentária).
- XX - frenectomia labial.
- XXI - frenectomia lingual.
- XXII - remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados).
- XXIII - sulcoplastia.
- XXIV - ulectomia.
- XXV - hemissecção com ou sem amputação radicular.
- XXVI - redução de luxação da ATM
- XXVII - Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila
- XXVIII - punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- XXIX - tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusiais
- XXX - tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila
- XXXI - tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila
- XXXII - tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução

Classificam-se como procedimentos de PRÓTESE:

- I - reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato
- II - reabilitação com coroa total de cerômero unitária (dentes anteriores) – inclui peça protética
- III - reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui pela protética
- IV - reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui peça protética
- V - reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui peça protética
- VI - coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF.

ANEXO II - Serviços Não Cobertos no Plano Coletivo Empresarial

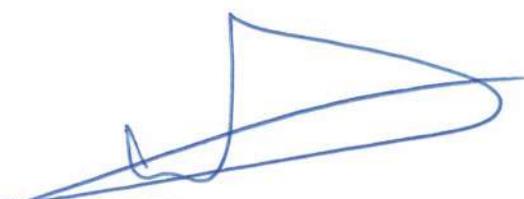
- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, e a especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de anestesiastas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- j) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
- l) restaurações para fins estéticos;
- m) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;
- n) atos de implante e prótese (salvo os procedimentos constantes do rol da ANS);
- o) os serviços de implantação/manutenção e o fornecimento de aparelhos ortopédicos e ortodônticos removíveis;
- p) procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional; e
- q) os procedimentos não previstos no Rol de procedimentos odontológicos vigente à época do evento.

ANEXO III - Declaração de Leitura MPS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a empresa ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SECCIONAL DO RN, recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como o GUIA DE LEITURA CONTRATUAL, antes da assinatura do presente Contrato Coletivo do plano odontológico da UNIODONTO-RN, sendo também disponibilizadas cópias para leitura dos beneficiários titulares.

Natal-RN, ____ / ____ / ____



RESPONSÁVEL PELO SETOR PESSOAL

ANEXO IV – Guia de Leitura Contratual

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

		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.	01
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.	01
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	NA*
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 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.	01/09
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui 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.	Anexo I
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	Anexo II
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.	NA*

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.	04/05
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	06
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	04
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	10
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.	09
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e na regulamentação.	06

* 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.



Ministério
da Saúde



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

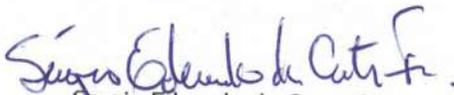
Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

TERMO DE PARCERIA

A Uniodonto/RN – Cooperativa Odontológica do Rio Grande do Norte, cadastrada sob o nº do CNPJ 08.237.810/0001-78 situada na Rua Açú, 665 CEP: 59020-110, Tirol, Natal/RN vêm através do seu presidente, Eugenio Carlos Araújo, firmar esse termo junto a OAB - Ordens dos Advogados do Rio Grande do Norte, situada na Av. Câmara Cascudo, 478 - Cidade Alta, Natal - RN, CEP: 59012-390, ora representada pelo presidente, Sergio Eduardo da Costa Freire.

Fica firmado o compromisso da parte da Uniodonto/RN de aplicar o preço onde consta na tabela em anexo 01 (com vigência até dezembro de 2015) e uma carência reduzida conforme anexo 02, no prazo de 60(sessenta dias) a contar do de 01 de abril de 2015.

Natal, 30 de março de 2015.


Sergio Eduardo da Costa Freire
Presidente


Eugenio Carlos Araujo
Presidente

PARCERIA OAB-RN / UNIODONTO-RN

BOLETO BANCÁRIO		
TITULAR	R\$ 34,00	R\$ 34,00
TITULAR + 1	R\$ 32,00	R\$ 64,00
TITULAR + 2	R\$ 31,00	R\$ 93,00
TITULAR + 3	R\$ 30,00	R\$ 120,00
TITULAR + 4	R\$ 29,00	R\$ 145,00

DÉBITO AUTOMÁTICO		
TITULAR	R\$ 30,00	R\$ 30,00
TITULAR + 1	R\$ 29,00	R\$ 58,00
TITULAR + 2	R\$ 28,00	R\$ 84,00
TITULAR + 3	R\$ 27,00	R\$ 108,00
TITULAR + 4	R\$ 26,00	R\$ 130,00

COBERTURA / CARÊNCIA

Cobertura / Carência	INDIVIDUAL / FAMILIAR
Urgência 24 horas	Sem carência
Diagnóstico	30 dias
Radiologia	30 dias
Tratamentos preventivos em saúde bucal	30 dias
Exodontia simples	60 dias
Dentística (restauração)	60 dias
Cirurgias	90 dias
Periodontia (gengivas)	90 dias
Endodontia (canal)	120 dias
Demais casos (inclusive prótese)**	180 dias

Vigência até Dezembro de 2015; Sujeito a alterações sem prévio aviso.

PARCERIA UNIODONTO-RN / OAB-RN

Tabela com carência reduzida vigência de 60 (sessenta) dias a conta do dia 01 de abril de 2015.

Cobertura / Carência	INDIVIDUAL / FAMILIAR
Urgência 24 horas	Sem carência
Diagnóstico	30 dias
Radiologia	30 dias
Tratamentos preventivos em saúde bucal	30 dias
Exodontia simples	30 dias
Dentística (restauração)	30 dias
Cirurgias	30 dias
Periodontia (gengivas)	30 dias
Endodontia (canal)	30 dias
Demais casos (inclusive prótese)**	180 dias

Natal, 19 de janeiro de 2015.

DEPOIMENTO SOBRE A PARCERIA COM OAB/RN E UNIODONTO/RN

A parceria com a OAB fortalece e agrega ainda mais valor à UNIODONTO-RN, principalmente por ser a OAB uma entidade reconhecida por sua atuação histórica em defesa dos direitos da sociedade e do respeito à democracia, ideais defendidos pelo cooperativismo.

Uma vez que a saúde e o direito caminham juntos, interagindo de forma humanizada em busca da excelência na geração de benefícios à coletividade, aproveito a oportunidade para agradecer ao Presidente da OAB/RN Dr. Sérgio Eduardo da Costa Freire pela iniciativa em permitir essa parceria e pela confiança depositada na UNIODONTO-RN.



Dr. Eugênio Carlos Araújo
Presidente do Conselho de Administração

PARCERIA OAB-RN / UNIODONTO-RN

BOLETO BANCÁRIO		
TITULAR	R\$ 34,00	R\$ 34,00
TITULAR + 1	R\$ 32,00	R\$ 64,00
TITULAR + 2	R\$ 31,00	R\$ 93,00
TITULAR + 3	R\$ 30,00	R\$ 120,00
TITULAR + 4	R\$ 29,00	R\$ 145,00

DÉBITO AUTOMÁTICO		
TITULAR	R\$ 30,00	R\$ 30,00
TITULAR + 1	R\$ 29,00	R\$ 58,00
TITULAR + 2	R\$ 28,00	R\$ 84,00
TITULAR + 3	R\$ 27,00	R\$ 108,00
TITULAR + 4	R\$ 26,00	R\$ 130,00

Vigência até dezembro de 2015; Sujeito a alterações sem prévio aviso.

SF