

Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9	Tipo 3	Cia 005	Contrato	Subfatura
------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------	------------	----------	-----------

**Dados do Contratante**  
Nome

**1. Dados do Titular**

Nome						Data de nascimento
CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)	Matrícula funcional	CPF	PIS/PASEP	Natureza da Identificação (RGI, CNH, etc)
Nº do Documento	Órgão expedidor	Nome do País Expedidor		Data de Expedição	Data de admissão	
Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado	3 - Viúvo 4 - Outros	Cargo / Ocupação	Matrícula especial	Data de início de vigência	
Nome do responsável (se Titular menor de idade)				Nome da Mãe		

**2. Titular Inativo**

Situação 1 - Demitido 2 - Aposentado	Data do Cancelamento
--	----------------------

**3. Endereço residencial do titular (para correspondência)**

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.) nº e complemento (andar, sala, apto., etc.)

Bairro	Telefone	Cidade	UF	CEP
--------	----------	--------	----	-----

**4. Dados da Conta**

Banco (Nº)	Agência (Cód/Dig)	Conta (Número/Dígito)	Tipo de conta	0 - Conta Corrente Individual 1 - Conta Corrente Conjunta	2 - Conta Poupança Individual 3 - Conta Poupança Conjunta
------------	-------------------	-----------------------	---------------	--	--

**5. Dados do plano**

Código do Plano	Código da Região	Nome da Região	Código da localidade do livro
-----------------	------------------	----------------	-------------------------------

**6. Dados de angariação** **Legenda para preenchimento do campo "5. Dependentes"**

Cód. angariador na Cia	Data de angariação	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Outros	Parentesco 1 - Cônjuge 2 - Filho(a) 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogra 6 - Sogra 7 - Tutelado(a) 8 - Outros
------------------------	--------------------	---------------------------------------	---	--

**7. Dependentes**

Cód.	Nome do Dependente 01				CPF	Data de nascimento
01	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 01
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	
	Cód.	Nome do Dependente 02				CPF
02	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 02
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	
	Cód.	Nome do Dependente 03				CPF
03	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 03
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	
	Cód.	Nome do Dependente 04				CPF
04	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 04
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	

**Observação:**  
São considerados dependentes legais:  
. Cônjuge, companheiro(a) com comprovação legal;  
. Filhos solteiros até 21 anos, 11 meses e 29 dias;  
. Filhos solteiros até 24 anos, 11 meses e 29 dias se universitários e sem rendimentos;  
. Filhos inválidos sem limite de idade, desde que comprovado.

**Inclusão:** O beneficiário – titular ou dependente – incluído no prazo previsto nas condições particulares do contrato estará isento do cumprimento de carência. Para inclusões após esse prazo, deverá cumprir carência de até 180 dias para quaisquer procedimentos, a depender o Plano de Benefícios contratado, exceto para procedimentos em caráter de urgência e/ou emergência, quando não será exigido o cumprimento de qualquer pedido de carência.

**Exclusão:** Feita a opção pelo Plano de Benefícios Odontológicos, os Beneficiários deverão permanecer no Plano, obrigatoriamente, por um período mínimo de 12 (doze) meses contados da data da inclusão no Plano, sob pena da Operadora cobrar da Contratante, a título de cláusula penal, o correspondente ao valor da contribuição mensal per capita ajustada no Contrato, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis). Uma vez excluídos por solicitação, não será permitida a reinclusão no plano odontológico.

**Reinclusão:** Em nenhuma hipótese será permitida a reinclusão de titulares ou dependentes no contrato.

## 8. Declaração do Beneficiário

Pelo presente, autorizo a minha inclusão bem como de meus dependentes no Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Plano Coletivo) firmado pelo contratante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais do referido Contrato, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido contratante que, para tal fim, fica investido nos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Termo de Opção, inclusive as que estão impressas.

Estou ciente de que a Operadora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos, para elucidar os eventos odontológicos relacionados a este contrato, autorizando o fornecimento das informações necessárias ao dentista indicado pela Operadora.

Estou ciente, também, de que eu como meus dependentes poderemos ser convocados a qualquer momento, para nos submetermos a exames de auditoria odontológica, em consultórios indicados pela Operadora, sem que eu tenha que arcar com o ônus financeiro desse atendimento, tendo tal convocação o caráter de obrigatoriedade.

Tenho conhecimento de que o Departamento de Recursos Humanos de minha empresa (contratante) está apto a prestar-me esclarecimentos a respeito das Condições Gerais do Contrato, inclusive quanto às regras para utilização do plano, para inclusões fora do prazo, opções de aumento de cobertura, se assim estiverem previstos.

Declaro, ainda, que a presente opção é feita de livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais do Contrato Coletivo, que se encontra em poder do contratante, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) - Odontológico (anexo).

Local e Data:

, de de

Assinatura do titular:

Em caso de dúvidas referentes ao seguro/plano contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com Cliente pelo telefone 4004 – 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2700 (Demais Localidades).

Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. Disponibilizamos uma Central de Atendimento ao Surdo pelo telefone 0800 701 2708.

**Este Manual deverá ser entregue ao beneficiário.**

## Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

### 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 no ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h 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 à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	

		<p>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 de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.</p>	
<b>REAJUSTE</b>	<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.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual 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, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>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>
<b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b>	<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. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
<b>VIGÊNCIA</b>	<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

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.

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 a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

### Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

### Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 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 coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual 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 um 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 vincular-se a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

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

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

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

## Cobertura e segmentação assistencial

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

A cobertura para acidente 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 compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

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

## Administradora de Benefícios

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

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

*Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://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 - CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)