DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

Conforme Lei Municipal nº 5.171, de 1º de agosto de 2018

www. saojosedoriopardo.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/sjriopardo

Terça-feira, 16 de julho de 2019 | Ano II | Edição nº 161 | Página 1 de 22

SUMÁRIO

PODER EXECUTIVO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO 2
Comunicados 2

Conselhos Municipais 2
Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente - CMDCA 2

IMP - Instituto Municipal de Previdência 4
Licitações e Contratos 4
Contratos 4

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de São José do Rio Pardo, veiculado exclusivamente na forma eletrônica, é uma publicação das entidades da Administração Direta e Indireta deste Município, sendo referidas entidades inteiramente responsáveis pelo conteúdo aqui publicado.

ACERVO

As edições do Diário Oficial Eletrônico de São José do Rio Pardo poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.saojosedoriopardo.sp.gov.br
Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse www.imprensaoficialmunicipal.com.br/sjriopardo
As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro.

ENTIDADES

Prefeitura Municipal de São José do Rio Pardo
CNPJ 45.741.659/0001-37
Praça dos Três Poderes, 1 - Centro
Telefone: (19) 3682-7800
Site: www.saojosedoriopardo.sp.gov.br
Diário: www.imprensaoficialmunicipal.com.br/sjriopardo

Câmara Municipal de São José do Rio Pardo
CNPJ 54.138.268/0001-13
Praça dos Três Poderes, 02 - Centro
Telefone: (19) 3608-5102
Site: camarasjriopardo.sp.gov.br

SAERP - Superintendência Autônoma de Água e Esgoto

FEUC - Faculdade Euclides da Cunha - FEUC

FUNDARP - Fundação de Pesquisa e Difusão de Tecnologia Agrícola

FE - Fundação Educacional de São José do Rio Pardo

DEC - Departamento de Esportes e Cultura

IMP - Instituto Municipal de Previdência

Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICPBrasil, em conformidade com a MP nº 2.200-2, de 2001

O Município de São José do Rio Pardo garante a autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.saojosedoriopardo.sp.gov.br

Compilado e também disponível em www.imprensaoficialmunicipal.com.br/sjriopardo

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

Conforme Lei Municipal nº 5.171, de 1º de agosto de 2018

www. saojosedoriopardo.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/sjriopardo

PODER EXECUTIVO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

Comunicados

CONVOCAÇÃO PARA AS INSCRIÇÕES DOS CANDIDATOS A REPRESENTANTES DOS EMPREGADOS NA CIPA

A Prefeitura Municipal de São José do Rio Pardo convoca a todos os colaboradores da Secretaria da Assistência e Inclusão Social e Secretaria de Turismo, interessados em candidatar-se aos cargos de representantes - Titulares e Suplentes - da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), gestão 2019/2021 a efetivarem suas inscrições junto ao membro da Comissão Eleitoral – CE que se encontra instalada na Secretaria da Assistência e Inclusão Social, no período de 29 de junho a 13 de agosto de 2019, para que sejam feitas as inscrições e para mais informações.

São José do Rio Pardo, 10 de julho de 2019.

Conselhos Municipais

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente - CMDCA

Resolução nº 13/2019

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de São José do Rio Pardo/SP – CMDCA, no uso de suas atribuições, conforme preconiza a Lei Federal nº. 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente e na Lei Municipal nº. 4.486/15, no exercício de sua função deliberativa e controladora das ações da Política de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente no Município de São José do Rio Pardo.

CONSIDERANDO Lei Municipal 4.889/2017 que dispõe sobre a instituição do Programa de Auxílio Extensa no Município de São José do Rio Pardo, nos termos do §2º do Art. 260 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

CONSIDERANDO Ata da Reunião Ordinária realizada no dia 12 de julho de 2019.

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar a renovação do pagamento do auxílio à família de R.O.C., pelo período de durante 06 (seis) meses.

Art.2º - Aprovar o pagamento do auxílio à família de C.F.P., pelo período de durante 06 (seis) meses.

Art. 3º – O próximo pagamento será condicionado ao relatório fornecido pelo CREAS de que a criança e a família estão cumprindo os requisitos necessários da lei em vigor.

Art. 4 º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São José do Rio Pardo, 15 de julho de 2019.

Tiago Martins de Moura

Presidente CMDCA

Resolução nº 14/2019 – Comissão de Análise de Documentação e Visita Técnica para a Inscrição e Renovação de Inscrição das Entidades junto ao CMDCA.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de São José do Rio Pardo/SP – CMDCA, no uso de suas atribuições, conforme preconiza a Lei Federal nº. 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente e na Lei Municipal nº. 4.486/15, no exercício de sua função deliberativa e controladora das ações da Política de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente no Município de São José do Rio Pardo.

CONSIDERANDO: Regimento Interno do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente.

CONSIDERANDO: Ata da Reunião Ordinária ocorrida em 07 de junho de 2019.

RESOLVE:

Art. 1º - Criar a Comissão de Análise de Documentação e Visita Técnica para a Inscrição e Renovação de Inscrição das Entidades junto ao CMDCA.

Art. 2º - A Comissão será Formada por:

Priscila Fernandes Pires Sampaio - Presidente

Nayara C. Jauhar Breda - Relatora

Nathália Pinesi F. Mendonça – Membro

Rita de Cássia Oliveira Bilota – Membro

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO
Conforme Lei Municipal nº 5.171, de 1º de agosto de 2018
www. saojosedoriopardo.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/sjriopardo

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São José do Rio Pardo, 15 de julho de 2019.

Tiago Martins de Moura

Presidente CMDCA

Resolução nº 15/2019

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de São José do Rio Pardo/SP – CMDCA, no uso de suas atribuições, conforme preconiza a Lei Federal nº. 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente e na Lei Municipal nº. 4.486/15, no exercício de sua função deliberativa e controladora das ações da Política de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente no Município de São José do Rio Pardo.

CONSIDERANDO Ata da Reunião Ordinária realizada no dia 12 de julho de 2019.

RESOLVE:

Art.1º - Alterar a Resolução 05/2019.

Art.2º - Alteração da Comissão Especial Organizadora do Processo de Escolha para Membros do Conselho Tutelar.

Art. 3º – A Nova Comissão será formada por:

Mariângela de Aguiar - Presidente

Nathália Fernandes Pinesi - Relatora

Isabel Cristina Moraes – Membro

Márcia Alzira Kindermann - Membro

Art. 4 º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São José do Rio Pardo, 15 de julho de 2019.

Tiago Martins de Moura

Presidente CMDCA



IMP - Instituto Municipal de Previdência

Licitações e Contratos | **Contratos**

IMP INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO
Registro de Operadora ANS nº **37.868-2**
Registro de Produto ANS nº **457.362/08-5**

CONTRATO Nº 003/2019.

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, pelo sistema de pré-pagamento, ou seja, de custo financeiro pré-determinado (contraprestação), para garantir a execução dos atos odontológicos cobertos por este contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

1.2. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas às partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (CDC).

1.2.1. Também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas o CONTRATANTE mantém, de qualquer forma, suas obrigações, inclusive de pagamento integral da contraprestação.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Poderão ser inscritos como beneficiários titulares:

a) os empregados, exceto os trabalhadores em período de experiência, contratados por prazo determinado, estagiários e menores aprendizes;
b) sócios da pessoa jurídica contratante;
c) os administradores da pessoa jurídica contratante;
d) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante.
e) Associados

2.2. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes as pessoas façam parte do grupo familiar do beneficiário titular, assim entendidos:

a) o cônjuge;
b) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
c) os filhos solteiros, até 21 anos incompletos, ou até 24 anos incompletos, desde que cursando graduação em nível superior de ensino;
d) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
e) os filhos comprovadamente inválidos, independente de idade;
h) os pais;

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

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

2.3. A inclusão de o beneficiário titular e respectivos dependentes serão processados no ato da celebração deste contrato, ou posteriormente até o dia 25 de cada mês, por meio da relação escrita, que integra este contrato para todos os fins de direito.

2.3.1. O pedido de inclusão deverá conter todos os dados dos beneficiários exigidos pela norma em vigor para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cabendo ao CONTRATANTE atualizá-los e complementá-los sempre que solicitado pela UNIODONTO para o cumprimento das obrigações frente ao órgão regulador.

2.3.2. O pedido de inclusão de beneficiários, titulares ou dependentes, pelo CONTRATANTE constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados nas cláusulas anteriores, podendo a UNIODONTO, no momento da inscrição, solicitar documento hábil que permita a comprovação.

2.3.3. Havendo mais de um contrato de assistência odontológica celebrado pelas mesmas partes, deverão ser observadas as seguintes regras:

a) o plano para benefício dos dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;
b) na hipótese de *downgrade*, ou seja, inscrição em plano com cobertura inferior ao anterior, não será admitida a inclusão antes de cumprido o prazo mínimo de permanência no plano com cobertura superior;
c) a nova inclusão em plano com cobertura superior (*upgrade*) ou inferior (*downgrade*) ensejará contagem de novo período mínimo para permanência no respectivo contrato.

2.4. É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos conforme rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Colagem de Fragmentos Dentários
- Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático
- Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial.
- Imobilização Dentária
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica Inicial

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

CONDICIONAMENTO
- Condicionamento em Odontologia

EXAMES
- Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico (em Peça Cirúrgica, Material de Punção/Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Bucomaxilo-Facial).
- Teste de Fluxo Salivar

RADIOLOGIA
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL
- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Flúor
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Dessensibilização Dentária
- Profilaxia - Polimento Coronário
- Remineralização Dentária

DENTÍSTICA
- Adequação do Meio Bucal
- Ajuste Oclusal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Núcleo de Preenchimento
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA
- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Gengivectomia/Gengivoplastia
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

ENDODONTIA
- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Pulpotomia
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos
- Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia com ou sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia/Bridotomia
- Cirurgia para Tórus/Exostose
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese ou Excisão de Mucocele, Rânula ou Cálculo Salivar.
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenectomia Labial
- Frenotomia/Frenectomia Lingual
- Odonto-Secção
- Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Redução de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados).
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseo-Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia/Ulotomia

PRÓTESE

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de RMF
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato.
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

3.2. Os procedimentos cobertos se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Não estão cobertos pelo plano:

a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluída a especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
c) as despesas com honorários de anestesistas (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 declarados 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) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
k) procedimentos com finalidade estética.

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 24 (Vinte e Quatro) meses, contados da data de início da vigência fixada na proposta de adesão e, na sua ausência, da assinatura do contrato, desde que até estes momentos não seja feito nenhum pagamento à operadora.

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.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Os beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal	**Prazo Contratado**
Urgência/Emergência	24 horas	**24 horas**
Diagnóstico	180 dias	**30 dias**
Condicionamento	180 dias	**30 dias**
Exames	180 dias	**30 dias**
Radiologia	180 dias	**30 dias**
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	**30 dias**
Dentística	180 dias	**30 dias**

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

Periodontia	180 dias	**30 dias**
Endodontia	180 dias	**30 dias**
Cirurgia	180 dias	**30 dias**
Prótese	180 dias	**30 dias**
Demais especialidades/procedimentos cobertos, inclusive por atualização do rol de procedimentos.	180 dias	**30 dias**

6.2. A contagem da carência se inicia na data da chegada, na UNIODONTO, do pedido de inclusão/adesão do beneficiário enviado pelo CONTRATANTE.

6.3. Se o número de participantes vinculados ao CONTRATANTE for superior a 29 (vinte e nove) não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de inscrição no plano em até 30 (trinta) dias contados da contratação ou do início da condição que possibilite o seu ingresso no plano.

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Não há cobertura parcial temporária ou agravo na contraprestação em razão de lesão ou doença pré-existente à contratação.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. A UNIODONTO assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste instrumento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, nos casos exclusivos de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas.

8.1.1. Os procedimentos de urgência/emergência são os previstos no rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

8.1.2. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis as despesas odontológicas de urgência/emergência **até o limite dos valores** previstos na proposta de adesão.

8.1.3. Os valores máximos de reembolso não serão inferiores ao praticado pela UNIODONTO com sua rede prestadora de serviços.

8.2. O reembolso será efetuado, no montante despendido pelo beneficiário, limitado aos valores fixados neste contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não serem integral:

a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o reembolso;
b) orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
c) recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, constando o número de sua inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da

Fazenda (CPF/MF), acusando o recebimento dos valores combinados.
d) recibo individualizado por procedimento, assinado pelo cirurgião-dentista assistente.

8.2.1. O beneficiário perderá o direito de requerer o reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

PROCEDIMENTOS

9.1. **Para o atendimento dos procedimentos cobertos, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o *Manual do Beneficiário* vigente ou através da *Internet* no endereço HTTP//www.uniodontosjrpardo.com.br, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede UNIODONTO que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.**

9.1.1. Não havendo em algum município atendimento de especialidade odontológica coberta pelo plano, o beneficiário deverá buscá-lo através de cirurgião-dentista integrante da rede Uniodonto em outra localidade dentro da área de cobertura geográfica.

9.2. O cirurgião-dentista lavrará plano de tratamento dos atos odontológicos que deverá ser aprovado pela UNIODONTO antes de sua execução, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

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

9.4. A UNIODONTO, 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.

9.4.1. Na aplicação da auditoria odontológica inicial, a UNIODONTO se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

9.5. 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 UNIODONTO e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da UNIODONTO.

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

9.6. Neste ato é entregue ao CONTRATANTE o *Manual do Beneficiário*, editado pela UNIODONTO, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema UNIODONTO, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmarem as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

9.6.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço HTTP//www.uniodontosjrpardo.com.br.

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

10.2. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIODONTO a inscrição e a mensalidade nos valores relacionados na proposta de adesão.

10.2.1. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à UNIODONTO, não tendo o cooperado ou qualquer outro prestador autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da UNIODONTO.

10.2.2. Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da Resolução Normativa nº 279, da ANS, e suas atualizações, foram adotados o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

a) O preço do plano é único para beneficiários ativos (atuais empregados) e inativos (demitidos e exonerados sem justa causa, bem como aposentados) e foi calculado para a totalidade da massa de beneficiários deste contrato, sem qualquer variação por faixa etária.
b) Não haverá participação do CONTRATANTE no custeio das contraprestações dos empregados demitidos e exonerados sem justa causa ou aposentados.

10.2.3. O valor do plano, com as devidas atualizações, estará disponível a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

10.2.4. Não poderá haver distinção quanto ao valor entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

10.3. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

a) da inscrição, uma única vez, quando da inclusão de beneficiários, cobrada juntamente com mensalidade imediatamente vincenda;
b) da mensalidade, a cada período mensal, na data de vencimento ajustada, relativa ao número de beneficiários inscritos no plano.

10.3.1. As cobranças emitidas pela UNIODONTO serão baseadas no número de beneficiários no momento de sua emissão, realizando-se os acertos dos valores nos meses subseqüentes caso não seja possível sua alteração e remessa até o vencimento.

10.3.2. Havendo variação de preço de mensalidade pelo número de aderentes, a apuração da cobrança será realizada no momento do faturamento, majorando ou diminuindo o valor *per capita* conforme a faixa de número total de inscritos.

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

10.3.3. O CONTRATANTE poderá solicitar que a cobrança se realize separadamente por filiais ou centros de custo, bastando, para tanto, comunicação escrita e assinada remetida à UNIODONTO, desde que respeitada, na inclusão de beneficiários, a mesma separação.

10.4. As inscrições e mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos na sede da UNIODONTO, em moeda corrente e à vista, podendo ser adotada a cobrança para pagamento na rede bancária.

10.4.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subseqüente.

10.4.2. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO para que não se sujeite às conseqüências da mora.

10.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores contratados, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2 % (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

10.6. O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE em cadastro de restrição ao crédito.

XI - REAJUSTE

11.1. Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação do **maior** dos seguintes índices:

a) Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getulio Vargas – (IGP-M/FGV);
b) Índice de Preços ao Consumido do Setor Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC-Saúde/FIPE);
c) Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

11.1.1. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

11.2. Independentes do reajuste aludido na cláusula anterior às partes poderão a cada doze meses e por instrumento aditivo, repactuar os preços ajustados visando manter o equilíbrio econômico do contrato.

11.3. Fica estabelecido que os valores das contraprestações relativos à posterior inclusão de beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário.

11.4. Os reajustes serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

XII - FAIXAS ETÁRIAS

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

12.1. Este contrato não tem seus preços fixados por faixa etária, assim, não há alteração de valores das contraprestações em decorrência da idade dos beneficiários.

XIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

DA EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

Do Demitido

13.1. O beneficiário titular **que contribuir** para o plano contratado, 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 coparticipação**.

13.1.1. O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Do Aposentado

13.2. Ao beneficiário titular **aposentado que contribuir** para o plano contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, há pelo menos dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário– 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 coparticipação**.

13.2.1. 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**.

13.3. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no item anterior, cujo direito de permanência do vínculo ao plano coletivo será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do CONTRATANTE.

13.3.1. Aplica-se a garantia prevista nesta cláusula aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito de permanência após a aposentadoria.

Das condições comuns aos demitidos e aposentados

13.4. 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 do CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.**

13.4.1. **Caberá ao CONTRATANTE** esclarecer aos seus ex-empregados os direitos e obrigações inerentes à permanência deles vinculados a contrato coletivo.

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

IMP INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

13.4.2. O direito de permanência assegurado ao beneficiário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.5. A manutenção da condição de beneficiário ao demitido e ao aposentado 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.

13.5.1. É facultada a inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário, sujeita a inscrição ao cumprimento dos prazos de carência.

13.6. 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, nos termos do disposto neste contrato.

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

a) pelo decurso do prazo de benefício;

b) quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, assim considerado o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

c) por exclusão em qualquer hipótese prevista neste contrato para os empregados ativos do CONTRATANTE e seus respectivos dependentes;

d) pela impontualidade no pagamento das obrigações assumidas pelo beneficiário titular, desde que previamente notificado.

13.8. No caso de rescisão do presente contrato, e contratação de plano de assistência à saúde em outra operadora, o CONTRATANTE deverá garantir a inscrição dos beneficiários demitidos e aposentados no plano novo.

13.9. A UNIODONTO poderá exigir do CONTRATANTE **prova do prazo de contribuição** do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

13.9.1. O beneficiário titular que não contribuir para o plano em seu próprio nome, não fará jus ao direito de permanecerem vinculados ao contrato coletivo, e, por consequência, seus dependentes/agregados também não terá esse direito.

13.9.2. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa empregadora, não é considerada contribuição à coparticipação do empregado, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde.

13.10. Salvo expressa determinação do CONTRATANTE, a UNIODONTO efetuará a cobrança das mensalidades diretamente aos beneficiários demitidos, exonerados e aposentados, desde que estes assumam a responsabilidade pelo pagamento e se sujeitem às regras definidas para os casos de inadimplência.

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

13.10.1. Ocorrendo a cobrança das mensalidades diretamente aos beneficiários, não caberá qualquer forma de responsabilidade do CONTRATANTE pelo inadimplemento ou mora das obrigações.

13.11. O 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.

13.11.1. Juntamente com a relação, encaminhará formulário próprio – disponibilizado pela UNIODONTO– firmado pelo ex-empregado, com as suas informações cadastrais, e de seus dependentes, e ainda, termo de opção e responsabilidade.

13.11.2. Não será processada a exclusão do beneficiário sem a comprovação de que o mesmo foi comunicado por escrito, na forma da cláusula 13.4, e a informação que deixou de optar pela permanência, na forma das disposições acima.

13.12. Os beneficiários terão ciência dos valores praticados no contrato e seus reajustamentos.

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

13.13. É assegurado ao ex-empregado demitido, exonerado sem justa causa ou aposentado, incluindo seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário, previsto nas cláusulas anteriores, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

DA DISPONIBILIDADE DE PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR

13.14. No caso de o **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**.

13.14.1. Somente gozarão do aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos os **beneficiários dependentes então inscritos no plano coletivo encerrado.**

13.14.2. **O direito previsto nesta cláusula é condicionado à existência, à época de seu exercício, de produto individual ou familiar, oferecido pela UNIODONTO, com a mesma cobertura do presente plano.**

13.14.3. O valor da contraprestação pecuniária corresponderá **ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar.**

XIV - Condições Da Perda Da Qualidade De Beneficiário

DISPOSIÇÕES COMUNS

14.1. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

14.1.1. A UNIODONTO só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, mediante comunicação escrita com antecedência de 30 dias, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;
b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvados o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

EXCLUSÃO
14.2. Será excluído do plano:

14.2.1. **o beneficiário titular**:

a) pela denúncia ou rescisão do presente contrato;
b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 (*Vide Cláusula Regras Para Instrumentos Jurídicos De Planos Coletivos*);
c) por fraude apurada de acordo com a legislação vigente.

14.2.2. **o beneficiário dependente:**

a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
b) fraude apurada de acordo com a legislação vigente.

14.3. O pedido de exclusão será processado na mesma data acertada pelas partes para a inclusão de beneficiários, cessando A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do plano no último dia do prazo de 10 dias a partir da informação, correndo as despesas a partir daí por conta do excluído.

14.4. A exclusão do titular acarreta a automática exclusão dos seus dependentes.

14.5. Se a exclusão do beneficiário, titular ou dependente, ocorrer antes de completados 24 (vinte e quatro) meses de sua inclusão, o CONTRATANTE pagará multa pecuniária de 50 % (cinquenta por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado.

14.5.1. A multa não será devida em caso de demissão, com ou sem justa causa, ou em caso de falecimento tanto do titular como de qualquer dependente, comunicada pelo CONTRATANTE, facultada à UNIODONTO solicitar comprovação.

SUSPENSÃO
14.6. Ocorrendo a suspensão do contrato de trabalho ou do vínculo estatutário, assim entendido o afastamento sem recebimento de salário ou vencimento da empregadora, o CONTRATANTE poderá solicitar a suspensão do atendimento enquanto perdurar o afastamento do beneficiário titular, ficando interrompida a cobrança de mensalidades.

14.6.1. A UNIODONTO poderá requerer, a qualquer tempo, comprovação do afastamento na forma da legislação previdenciária em vigor.

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

14.6.2. Para efeito do cumprimento dos prazos de carência e do tempo mínimo de permanência no plano, não são computáveis os períodos de suspensão de atendimento na forma desta cláusula.

XV - RESCISÃO/SUSPENSÃO

SUSPENSÃO

15.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 30(trinta) dias implicará, mediante comunicação escrita, na suspensão do contrato, ficando suspensas as autorizações e as execuções de tratamentos.

RESCISÃO

15.2. 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.

15.2.1. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

a) fraude comprovada;
b) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 30 (trinta) dias, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da UNIODONTO requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias;
c) as exclusões de beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 5 (cinco) pessoa (s), ou ainda, nos 24 primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
d) descumprimento das cláusulas e condições deste Contrato.

15.2.2. Se a rescisão, por uma das hipóteses do item anterior, ocorrer durante os 24 meses iniciais de vigência deste contrato, o CONTRATANTE se sujeitará ao pagamento de multa pecuniária de 50 % (cinquenta por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado, sem prejuízo da apuração e ressarcimento dos danos na forma do *caput* desta cláusula.

DENÚNCIA

15.3. Antes do término dos primeiros 24 meses de vigência deste contrato são facultados a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, **sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50 % cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.**

15.3.1. Após a vigência do período de 24 meses, o contrato poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

DISPOSIÇÕES COMUNS

15.4. Ocorrendo qualquer das hipóteses de extinção do contrato (não prorrogação da vigência, denuncia motivada ou imotivada), no prazo previsto entre a data da notificação e do término da relação, não haverá inclusão de novos beneficiários.

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

15.5. A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de aviso de denúncia ou rescisão.

XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DEFINIÇÕES

16.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

II - BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependente.

III – CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

IV- CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

V – COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

VI- CONSULTA: é o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.

VII – CONTRATANTE: a pessoa jurídica (qualificada na proposta de admissão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para benefício das pessoas a ela vinculadas.

VIII – CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, denominada no contrato como UNIODONTO, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus cirurgiões-dentistas cooperados.

IX – CONTRATO COLETIVO: é um contrato cujo CONTRATANTE é uma pessoa jurídica.

X – CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.

XI – COOPERADO: é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho odontológico, existentes no Sistema Nacional UNIODONTO.

XII – INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

XIII- MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à UNIODONTO, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade; contraprestação.

XIV – PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

XV – PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa à constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

XVI – SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as UNIODONTOs, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

XVII – TABELA DE REFERÊNCIA OU REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

XVIII – UNIODONTO: é uma cooperativa de cirurgiões-dentistas, regida pelos artigos 1093 a 1096 do Código Civil e pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida pelos próprios odontólogos.

DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES

16.2. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao (à) CONTRATANTE, aos (às) beneficiários (as), aos (às) filhos (as), aos (às) menores etc.

16.3. A UNIODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores.

16.4. Considera-se fraude para efeito deste contrato:

a) qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários na utilização do objeto deste instrumento;
b) utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
c) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIODONTO ou do resultado de perícias, exames ou auditorias, quando necessários;
d) descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

16.4.1. No conceito de fraude incluem-se a má-fé, a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação, a mentira etc.

16.5. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

16.5.1. A emissão da segunda via do cartão de identificação será cobrada do CONTRATANTE no valor descrito na tabela de referência ou na proposta de adesão ao contrato.

16.6. O uso indevido do cartão de identificação, a critério da UNIODONTO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos em face do beneficiário titular respectivo, bem como a exclusão do mesmo e de seus dependentes.

16.6.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

16.7. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

16.8. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a cooperativa Uniodonto qualificada na proposta de adesão, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIODONTO.

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

16.9. Em caso de comercialização deste contrato fora do estabelecimento da UNIODONTO, fica garantido ao CONTRATANTE o direito de arrependimento, por escrito, nos 7 (sete) dias seguintes ao da contratação, **caso em que serão devolvidos os valores pagos, abatidos de eventual utilização dos procedimentos cobertos nos valores descritos neste contrato e/ou na Tabela de Referência.**

16.10. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.11. O CONTRATANTE autoriza a UNIODONTO a obter o diagnóstico dos BENEFICIÁRIOS sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações de saúde. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos cooperados.

16.12. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual do Beneficiário, o Cartão de Identificação, a Tabela Referencial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e demais anexa firmada pelas partes.

16.13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideraç ão a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

XVII - ELEIÇÃO DE FORO

17.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

São José do Rio Pardo, 11 de junho de 2019.

CONTRATANTE
INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

Fabiano Boaro de Sousa
Diretor Executivo

CONTRATADA
UNIODONTO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Dra. Ilka Aparecida Ronci Galeazzo *Dr. Adriano Calsoni*

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

PROPOSTA DE ADESÃO

a) qualificação da operadora: **UNIODONTO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 01.221.295/0001-99, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 37.868-2, classificada na modalidade de cooperativa odontológica, com sede na Avenida Independência 05, São José do Rio Pardo, SP, neste ato por sua Presidente, Dra. Ilka Aparecida Ronci Galeazzo e seu Superintendente Dr. Adriano Calsoni, doravante denominada **UNIODONTO**.

b) qualificação do contratante: ***Instituto Municipal de Previdência,*** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.526.975/0001-58 com sede na R: Tarquínio Cobra Olyntho, nº 69, Vila Pereira – *São Jose do Rio Pardo - SP, CEP- 13.720.000* neste ato por seus representantes, **doravante denominada CONTRATANTE.**

c) nome comercial e nº de registro do plano na ANS:

Nome Comercial: **PP – Coletivo Empresarial**
Registro de Produto ANS nº: **457.362/08-5**

d) tipo de contratação: **COLETIVO EMPRESARIAL**

e) segmentação assistencial do plano de saúde: **EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA.**

f) área geográfica de abrangência do plano de saúde: **Grupo de Municípios.**

g) área de atuação do plano de saúde: **Caconde, Casa Branca, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Grama, Tapiratiba e Vargem Grande do Sul, todos no Estado de São Paulo.**

h) Serviços e coberturas adicionais: **Exclusivamente nos casos de urgência/emergência odontológica, o beneficiário poderá receber atendimento fora da área geográfica de abrangência, em todo o território nacional onde haja cirurgião-dentista cooperado a qualquer cooperativa do Sistema Nacional Uniodonto, assegurado o reembolso de despesas a este título nos limites e condições deste contrato (Vide item URGÊNCIA/EMERGÊNCIA).**

i) formação do preço: **Pré-estabelecida.**

j) Preços:

Inscrição por beneficiário inscrito	**R$ 00,00**
Mensalidade	**R$ 22,50**

k) Data de vencimento: **dia 10 (Dez) de cada mês.**

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

l) Valor de Emissão de 2ª Via de cartão de identificação: ***R$ 10,00***

m) Valores máximos de reembolso de Urgência/Emergência:

Procedimento	**SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08h00min ÀS 18h00min HORAS**	**HORÁRIO NOTURNO E AOS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS.**
Colagem de Fragmentos Dentários	R$ 15,20	R$ 34,00
Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	R$ 15,20	R$ 34,00
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial.	R$ 15,20	R$ 34,00
Imobilização Dentária	R$ 15,20	R$ 34,00
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	R$ 15,20	R$ 34,00
Redução de Luxação da Atm	R$ 15,20	R$ 34,00
Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	R$ 15,20	R$ 34,00
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	R$ 15,20	R$ 34,00
Tratamento de Abscesso Periodontal	R$ 15,20	R$ 34,00
Tratamento de Alveolite	R$ 15,20	R$ 34,00
Tratamento de Odontalgia Aguda	R$ 15,20	R$ 34,00

O CONTRATANTE declara ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS.

****A presente proposta de adesão integra o contrato referente ao mesmo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar****

São José do Rio Pardo, 11 de junho de 2019.

CONTRATANTE
INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

Fabiano Boaro de Sousa
Diretor Executivo

CONTRATADA
UNIODONTO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Dra. Ilka Aparecida Ronci Galeazzo *Dr. Adriano Calsoni*

RUA TARQUINIO COBRA OLYNTHO, 69 - VILA PEREIRA - TELEFAX (19)3608.1121 / 3608.2312 - CEP 13720-000
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO - SP - E-mail: imp.previdencia@uol.com.br