

ATO NORMATIVO N.º 003 /2016

A DIRETORIA EXECUTIVA da Empresa Municipal de Desenvolvimento Urbano e Rural de Bauru – EMDURB, no uso de suas atribuições legais e,

- Considerando a necessidade de readequação das regras e procedimentos de adesão ao Plano Odontológico;
- Considerando a Lei Federal nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde;
- Considerando as determinações contidas na Resolução Normativa 195/09, alterada pelas Resoluções nº 196 e nº 200 e na Resolução nº 211, alterada pelas Resoluções nº 261 e nº 262 da ANS – Agência Nacional de Saúde;
- Considerando a necessidade de coibir a inadimplência no pagamento do Plano Odontológico;

RESOLVE:

Artigo 1º - ALTERAR O ATO NORMATIVO Nº 011/2014;

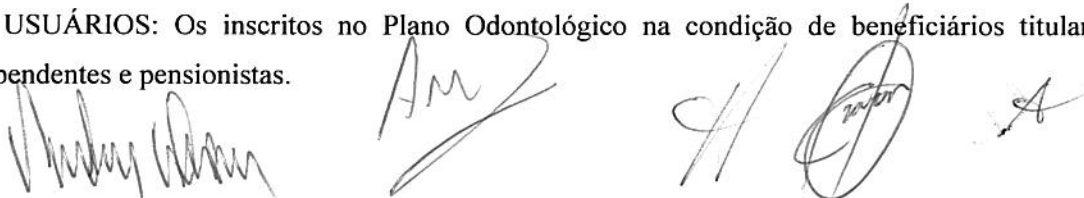
Artigo 2º - INSTITUIR O PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, DE LIVRE ADESÃO, PARA TODA A EMPRESA, SEGUINDO OS PROCEDIMENTOS E REGRAS:

I – O Plano Odontológico, de adesão espontânea, é destinado aos empregados da EMDURB (ativos e inativos) e seus dependentes legais e aos pensionistas, com cobertura mínima no município de Bauru-SP.

II – O Plano Odontológico será contratado de acordo com a opção do empregado da EMDURB, através de contrato de prestação de serviço de assistência odontológica próprio, a ser firmado diretamente com a operadora, onde serão estabelecidos os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, podendo referido contrato ser rescindido, a qualquer tempo, sem que caibam aos contratados, quaisquer direitos, vantagens e indenizações.

III- Considera-se, para fins do Plano Odontológico:

a) **USUÁRIOS:** Os inscritos no Plano Odontológico na condição de beneficiários titulares, dependentes e pensionistas.

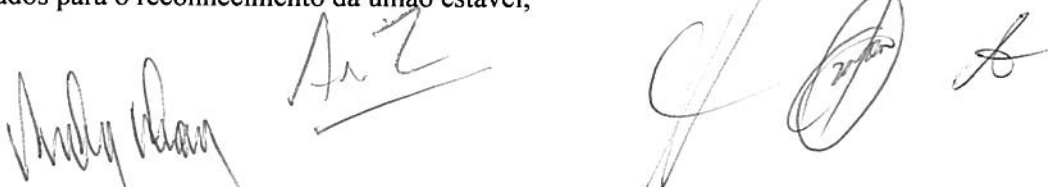


- b) BENEFICIÁRIO TITULAR: empregado da EMDURB, ativo, inativo e pensionista.
- c) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: Os familiares dos empregados, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Ato Normativo.
- d) PENSIONISTA: Beneficiário de pensão de Instituidores de pensão na forma regulamentada pela legislação vigente.
- e) MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR: Valor a ser estabelecido para desconto em folha de pagamento aos empregados ativos ou por meio de Guia de Receita junto a EMDURB, aos empregados inativos, aposentados por invalidez e pensionistas, indicada no ato da adesão do beneficiário.
- f) AUXÍLIO INDENIZATÓRIO: É o valor que será consignado no contracheque do titular do benefício (auxílio) e será pago sempre no mês subsequente à apresentação do comprovante de pagamento do Plano Odontológico pelo empregado.
- g) REDE CREDENCIADA: Consultórios, clínicas, dentistas e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano Odontológico por intermédio das operadoras disponibilizadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
- h) ABRANGÊNCIA DA REDE: Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pela EMDURB.
- i) ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS: Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Administradora dos benefícios de planos odontológicos ofertados pelas operadoras, com a qual a EMDURB celebrará Termo de Acordo, devendo disponibilizar serviços de Assistência Odontológica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de plano odontológico.
- j) PLANO ODONTOLÓGICO: Cobertura de Assistência Odontológica – compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

IV- Para adesão ao plano odontológico, alterações e cancelamento, o empregado ativo, inativo ou pensionista deverá procurar o Setor de Recursos Humanos e Serviço Social no período compreendido **entre o dia 01 e o dia 14 do mês**.

V - São considerados beneficiários dependentes, mediante devida comprovação:

- a) Cônjuge ou companheiro(a) de união estável;
- b) O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;



- c) A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) Os filhos e enteados até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) Os filhos e enteados, solteiros, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do funcionário e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- f) O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas letras “d” e “e”;
- g) A existência do dependente constante nas letras “a” e “b” inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante na letra “c”;
- h) O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependente economicamente dos empregados ativos e inativos da EMDURB, conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio empregado assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados.

§ 1º A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados no plano de assistência odontológica, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o empregado ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

§ 2º Para fins de comprovação de União Estável será necessário apresentar no momento da adesão uma declaração por escrito com firma reconhecida (por semelhança) das assinaturas dos declarantes, conforme modelo (anexo I).

§ 3º - Para fins de comprovação da condição de enteado para a inclusão do mesmo como dependente, será necessário apresentar no momento da adesão a certidão de nascimento do enteado dependente e uma declaração por escrito, conforme modelo (anexo II).

§ 4º - Somente empregado ativo e inativo da EMDURB poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

Artigo 3º - DO PAGAMENTO, DOS DESCONTOS E DA RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO:



I – Quando da opção pelo Plano de Assistência Odontológica, o beneficiário titular ativo deverá optar pelo desconto da mensalidade, ou o valor do plano mais o valor de co-participação, no caso do plano exigir, em folha de pagamento, a ser indicada no ato da adesão.

II- Aos empregados inativos, pensionistas, os afastados por licença médica e aos empregados cujo outro fator impossibilite o desconto em folha, o pagamento da mensalidade ou da mensalidade mais o valor de co-participação deverá ser efetuado junto a EMDURB, através de Guia de Receita a ser retirada no Setor de Recursos Humanos e Serviço Social.

III – O pagamento da mensalidade pelos beneficiários mencionados no item anterior deverá ser feito **até o último dia útil** do mês subsequente ao mês de vigência do plano odontológico. Exemplo: na utilização/vigência do plano no mês de Março/16, o beneficiário deverá realizar o pagamento junto a EMDURB até o dia 29 de abril/16.

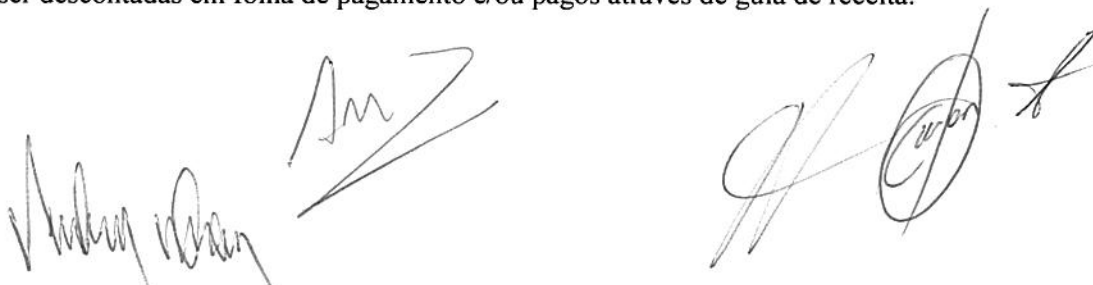
IV- No caso de retorno ao trabalho do empregado inativo ou do afastado por licença médica, o desconto da mensalidade ocorrerá através da folha de pagamento.

V – Os beneficiários desligados do quadro de pessoal da EMDURB, seja qual for o motivo, terão o plano cancelado, bem como seus dependentes.

Artigo 4º - DO ATRASO OU INADIMPLÊNCIA NO PAGAMENTO PELO BENEFICIÁRIO INATIVO, INATIVO, AFASTADO POR LICENÇA MÉDICA OU PENSIONISTA.

I – Em caso de atraso no pagamento da mensalidade ou mensalidade mais co-participação, caberá ao beneficiário inativo, inativo, pensionista ou afastado por licença médica, o pagamento de multa de 2% sobre o valor devido, e juros de mora sobre os dias de atraso, limitados a 1% ao mês.

II – Em caso de inadimplência do beneficiário inativo, inativo, pensionista ou afastado por licença médica, pelo período de 30 (trinta) dias, a EMDURB solicitará o cancelamento do plano junto a operadora e os mesmos assumirão todas as despesas geradas neste período e que deixaram de ser descontadas em folha de pagamento e/ou pagos através de guia de receita.



III- O cancelamento do plano junto a operadora não eximirá o empregado de realizar o pagamento pendente junto a EMDURB. A não liquidação do débito pelo empregado poderá resultar em cobrança judicial.

Artigo 5º - DA COBERTURA, CARÊNCIA E DO PERÍODO DE PERMANÊNCIA NO PLANO.

I – O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211, de 11/01/10, alterada pela Resolução nº 262, de 02/08/11, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para segmentação odontológica.

II – Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos.

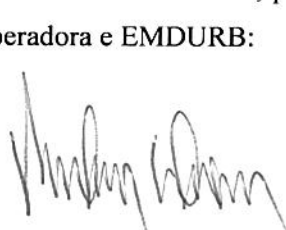
III – Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no anexo da norma citada no item I deste artigo para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

IV – É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas sobre o tema.

V- Poderá haver cumprimento de carência, bem como limite mínimo de permanência no plano, pelos beneficiários ativos, inativos e seus dependentes, bem como pelos pensionistas, conforme previsto no contrato de prestação de serviço firmado diretamente com a Operadora.

Artigo 6º - DO VALOR DA MENSALIDADE, DA EMISSÃO DE 2ª VIA DA CARTERINHA E DO CANCELAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.

I – Os valores das mensalidades a serem descontados, segundo opção do empregado, serão conforme tabela abaixo, podendo haver reajuste anual, conforme estabelecido em contrato entre operadora e EMDURB:



DESCRIÇÃO	PLANO	VALOR PER CAPITA
Prestação de serviços de assistência odontológica mensal	Bronze	R\$ 10,22
	Prata	R\$ 50,32 (+) co-participação de 20% no tratamento ortodôntico
	Ouro	R\$ 60,59

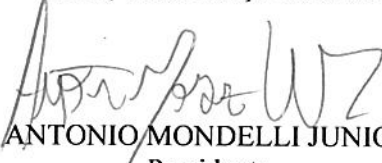
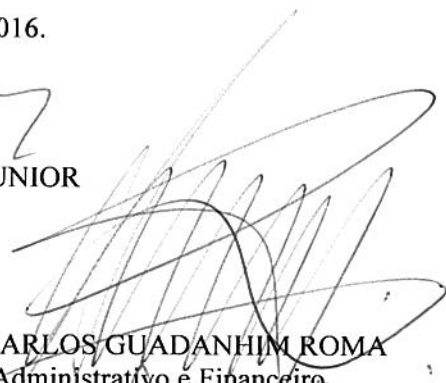
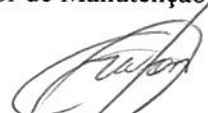
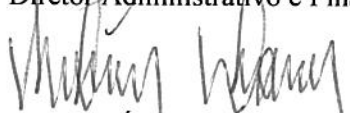
II - Não haverá cobrança para emissão de 2ª via da carteirinha do plano;

III – Caso o empregado ativo, inativo, afastado por licença médica ou pensionista pretenda cancelar o plano de assistência odontológica, deverá dirigir-se ao Setor de Recursos Humanos e Serviço Social, impreterivelmente, **até o dia 14 de cada mês** para preenchimento de formulário próprio. O pagamento dos serviços utilizados no período de vigência do contrato, incluindo o valor da mensalidade, será de inteira responsabilidade do empregado.

IV- Este ato normativo entra em vigor nesta data.

Registra-se e cumpre-se.

Bauru, 18 de março de 2016.


ANTONIO MONDELLI JUNIOR
Presidente
MÁRCIO SOARES DE OLIVEIRA
Diretor de Manutenção e Modais
AMAURI CARLOS GUADANHIM ROMA
Diretor Administrativo e Financeiro
EWERTON MUSSI HUNZICKER
Diretor de Trânsito e Transportes
RUBENS SÉRGIO TRENTINI DUQUE
Diretor de Limpeza Pública

ANEXO I
DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Nós, _____,
(nome completo)

_____, _____, _____,
(nacionalidade) (estado civil) (profissão)

portador da Carteira de Identidade sob o nº _____, expedida pelo _____,
inscrito no CPF sob o nº _____, e,

(nome completo)

_____, _____, _____
(nacionalidade) (estado civil) (profissão)

portador da Carteira de Identidade sob o nº _____, expedida pelo _____,
inscrito no CPF sob o nº _____, residentes à
_____ Bairro

_____ Cidade _____ no Estado

_____, declaramos, sob penas da lei, que convivemos em **União Estável**
desde _____, de natureza familiar, pública e duradoura
(dia/mês/ano) com o objetivo de constituição da família nos termos dos artigos 1723 e
seguintes do Código Civil.

_____, _____ de _____ de _____.

1º Declarante

2º Declarante

Testemunhas:

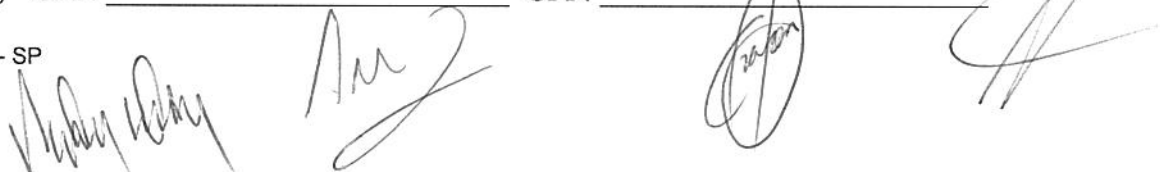
1. _____ 2. _____

Nome:

Nome:

C. I. nº _____ C. I. nº _____

CPF: _____ CPF: _____



ANEXO II
PROPOSTA DE ADESÃO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA -
DEPENDENTES

Pelo presente, solicito a inclusão do(s) DEPENDENTE (S) abaixo:

() filho adotivo () enteado () menor sob guarda () menor sob tutela () agregado

DADOS DO TITULAR

Nome: _____ Matrícula: _____ CPF: _____ RG: _____
Órgão emissor: _____ Data de expedição: _____

Endereço Residencial: _____ N°: _____ Complemento
(Apto, Setor, Bloco, Etc): _____ Bairro: _____
Município/UF: _____ Telefones: Residencial: _____ Celular: _____

DEPENDENTES

Nome: _____ parentesco: _____
Data de nascimento: _____ sexo: _____
Nome da mãe/pai _____

Nome: _____ parentesco: _____
Data de nascimento: _____ sexo: _____
Nome da mãe/pai _____

Nome: _____ parentesco: _____
Data de nascimento: _____ sexo: _____
Nome da mãe/pai _____

DECLARAÇÃO

- 1) Solicito a inclusão de meu(s) dependente(s) acima relacionado(s), conforme Termo de Acordo firmado entre a EMDURB e Operadora do Plano de Assistência Odontológica.
- 2) Declaro que o(s) mesmo(s) reside(em) comigo e ou está(ao) sob minha responsabilidade, bem como, estou ciente e de acordo com todos os termos, cláusulas e condições do referido contrato.





OPÇÃO DE PAGAMENTO

- () Desconto em folha de pagamento (somente para empregados ativos)
- () Guia de Receita (empregados inativos, aposentados por invalidez, pensionistas e afastados por licença médica)

Bauru, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do beneficiário titular

Assinatura e Carimbo do responsável
EMDURB