

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RADIOLOGIA EM ODONTOLOGIA

QUE ENTRE SI FAZEM,

de um lado, o **CREDCENCIADO**, abaixo identificado

Nome da clínica					
Endereço (Logradouro, nº e compl.)					
Bairro		Cidade		UF	
e.mail		Tel/fax		CEP	
CRO clínica		CNPJ		CNES	
Nome do Profissional responsável					
CRO resp.		RG		CPF	

e de outro lado, a **SEPAO - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EMPRESARIAL LTDA.**, com sede na Calçada Antares, 264 – 2º andar , Centro de Apoio II , Alphaville, Santana de Parnaíba , Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 56.092.844/0001-64, e registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 35294 – 2, adiante denominada, simplesmente, **SEPAO**, neste ato representada por seu diretor Marcos José Silva Costa, abaixo assinado e identificado.

As partes acima qualificadas têm justo e acordado os termos do **Contrato de Credenciamento para Prestação de Serviços de Radiologia em Odontologia**, nas seguintes cláusulas e condições:

1.0 **CREDCENCIADO** prestará serviços na especialidade de radiologia, relacionados no **ANEXO I** deste contrato, diretamente aos beneficiários de planos de assistência odontológica operados pela **SEPAO**, adiante designados, simplesmente, beneficiários.

1.2 A prestação destes serviços se dará em clínica própria do **CREDCENCIADO**, com seus próprios recursos, equipamentos e materiais.

1.3 Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o CNES não estiver disponível, fica obrigado o **CREDCENCIADO**, em conformidade com o parágrafo único do artigo 3º da RN Nº 79, de 31 de agosto de 2004, a informar e incorporar tal registro em aditivo contratual específico no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no sítio www.datasus.gov.br.

1.4 Os equipamentos, aparelhos, instrumentais clínicos e cirúrgicos necessários para a correta execução dos serviços, sua manutenção em bom estado de conservação e funcionamento, são da inteira responsabilidade do **CREDCENCIADO**, bem como a qualidade dos materiais empregados por eles nos serviços executados para fins deste contrato, que devem ser idênticos aos empregados em seus próprios pacientes particulares.

1.5 Consideram-se beneficiários para prestação dos serviços de radiologia os titulares de planos de assistência odontológica operados pela **SEPAO**, bem como seus dependentes legais e agregados incluídos no plano, todos identificados através de **CARTÃO SEPAO DE IDENTIFICAÇÃO** ou outros autorizados por escrito pela **SEPAO**.

1.6 O atendimento seguirá, prioritariamente as normas deste contrato, considerando inclusive, o disposto no **MANUAL GUIA PRÁTICO DO CREDCENCIADO**, que é parte integrante deste contrato na forma do **ANEXO II**.

1.7 É vedado ao **CREDCENCIADO**, sob qualquer hipótese, pretexto ou alegação, em conformidade com o artigo 18 da Lei 9.656, de 1998, discriminar ou atender aos beneficiários de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano.

1.8 O **CREDCENCIADO** deverá, em conformidade com o artigo 18 da Lei 9.656, de 1998, realizar a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de

emergência ou urgência, assim como aqueles com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade.

1.9 O **CREDCIADO** oferece atendimento de saúde em regime ambulatorial

2. Os serviços de radiologia objeto deste contrato só poderão ser executados pelo **CREDCIADO** mediante prévia autorização da **SEPAO** expressa através de Guia de Tratamento Odontológico **SEPAO**, contendo código de autorização emitido pela **SEPAO**, além da relação dos serviços radiológicos cuja cobertura de custos estejam autorizados pela **SEPAO**. A referida guia, designada a seguir como GUIA DE RX, poderá ser encaminhada ao **CREDCIADO** pelo correio, transmitida via Fax ou através de aplicativos eletrônicos, podendo ser utilizada a página da **SEPAO** na internet, tudo em conformidade com a legislação em vigor e respeitando o padrão para troca de informações estabelecido pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2.1. Na falta da GUIA DE RX o serviço de radiologia poderá ser realizado mediante acerto e remuneração direta pelo beneficiário.

2.2. A **SEPAO** não se responsabilizará pela remuneração de serviços prestados pelo **CREDCIADO** a qualquer beneficiário sem a emissão da GUIA DE RX, que deverá, obrigatoriamente, ser assinada pelo beneficiário ou seu responsável quando da realização do serviço radiológico autorizado e enviada pelo **CREDCIADO** à **SEPAO** até o dia 3 (três) de mês subsequente ao da realização do serviço para a competente remuneração na data prevista neste contrato, independente de qualquer envio eletrônico da informação de realização do serviço radiológico.

2.3. Fica o **CREDCIADO** obrigado a disponibilizar à **SEPAO** os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000.

3. Os serviços executados referentes às GUIAS DE RX serão remunerados ao **CREDCIADO**, única e exclusivamente, pela **SEPAO**, conforme **TABELA DE SERVIÇOS** constantes do **ANEXO III**, através de depósito bancário em conta corrente do **CREDCIADO**, cujos dados são informados por este à **SEPAO** no ato da assinatura deste contrato.

3.1. Essa remuneração se dará em uma única parcela com vencimento no dia 30 (Trinta) do mês seguinte àquele em que, efetivamente, ocorrer a realização dos serviços radiológicos autorizados, devendo o **CREDCIADO** emitir o competente recibo, RPA ou Nota Fiscal - de acordo com a legislação em vigor - e encaminhá-la(o) à **SEPAO**, impreterivelmente, até o dia 3 (três) do mês subsequente ao do vencimento.

3.2. As faturas ou o conjunto das GUIAS DE RX referentes aos serviços radiológicos autorizados e concluídos deverão ser entregues ao **SEPAO** até o dia 3 (três) do mês subsequente àquele no qual tenham sido, efetivamente, finalizados pelo **CREDCIADO** e constituirão o lote daquele mês a ser avaliado para os fins da remuneração prevista neste contrato. As GUIAS DE RX deverão, obrigatoriamente, estar preenchidas, de maneira completa, com a respectiva data do atendimento e o número do Documento de Identidade (RG) do beneficiário ou seu responsável e assinadas por ele.

3.3. Os valores em reais da Tabela do Anexo II do contrato serão reajustados, a cada 12 meses contados a partir da data de celebração deste contrato, mediante negociação entre as partes. Este reajuste não poderá, em qualquer hipótese, exceder o percentual de 40% do índice autorizado pela ANS para o reajuste das contra-prestações dos planos de saúde e somente será aplicado na data de aniversário deste contrato quando atingir valor acumulado superior a 10%, não havendo efeito retroativo.

4. O **CREDCIADO** se responsabiliza pelos serviços executados e se obriga a repetição ou correção dos mesmos, sem qualquer direito à nova remuneração, caso haja, a critério do **SEPAO**, responsabilidade do **CREDCIADO** por possíveis insucessos.

4.1. A prestação de serviços ora contratada, não implica, em hipótese nenhuma, no estabelecimento de qualquer vínculo empregatício entre os titulares, funcionários ou prepostos do **CREDCIADO** com a **SEPAO**.

4.2. Este contrato, em conformidade com o artigo 18 da Lei 9.656 de 1998, não tem qualquer caráter de exclusividade ou de restrição à atividade profissional, podendo o **CREDCIADO** firmar contratos de credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, independente de suas naturezas jurídicas constitutivas.

4.3 O **CRENCIADO** autoriza a **SEPAO** a divulgar o seu nome, o seu telefone e o endereço, além de fotos de seu estabelecimento de saúde para os fins de acesso aos beneficiários, bem como as demais informações cadastrais de que dispomos para a atenção às exigências e solicitações da ANS.

5. É vedado ao **CRENCIADO** transferir a terceiros a execução dos serviços objeto deste contrato, sem prévia e expressa concordância da **SEPAO**.

6. O presente instrumento poderá, a qualquer tempo, ser rescindido de comum acordo entre as partes, ou no caso inadimplência de uma com relação à outra, cabendo a esta, ainda o direito de reclamar a pendência.

7 O presente contrato vigora pelo prazo de 1 (um) ano, a contar desta data, passando a vigorar por prazo indeterminado, podendo, então, ser rescindido por qualquer das partes mediante aviso prévio 60 (sessenta) dias.

7.1 Nos casos de rescisão, o **CRENCIADO** deverá prestar e manter a assistência aos beneficiários até a data estabelecida para o encerramento da prestação de serviço.

7.2 O pagamento da remuneração referente à essa assistência será realizada pela **SEPAO** na forma estabelecida no contrato.

7.3 O **CRENCIADO** deverá identificar, de maneira formal e expressa, os pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial.

7.4 A **SEPAO** comunicará os pacientes identificados na forma do parágrafo anterior, garantindo recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência.

7.5 O **CRENCIADO** fica obrigado a fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente.

7.6 A infração a qualquer das obrigações estabelecidas entre as partes deverá ser notificada à parte que der causa, sendo concedido-lhe prazo justo para emenda. Mantida a inadimplência a parte inocente poderá solicitar a rescisão antecipada do contrato, observados os termos dos parágrafos 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 e 7.5 supra, podendo, ainda, exigir o ressarcimento de despesas decorrentes da infração.

8.Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital para dirimir qualquer dúvida ou pendência que surja na execução do presente instrumento.

E, por estarem assim juntas e acordadas, firmam as partes **CONTRATO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RADIOLOGIA EM ODONTOLÓGIA** em duas vias de igual teor e forma, perante duas testemunhas, abaixo representadas.

São Paulo, ___ de _____ de 200__.

SEPAO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EMPRESARIAL LTDA. _____

CRENCIADO: _____

TESTEMUNHAS:

ANEXO I

TABELA DE SERVIÇOS DE RADIOLOGIA

Documentação Completa.
Documentação Especial
Documentação Ortopédica.
Documentação Periodontal..
Documentação sem panorâmica.
Documentação sem modelo
Documentação sem panorâmica e sem modelo

RADIOGRAFIAS:

Panorâmica com traçado.
Panorâmica.
Periapical (uma unidade).
Interproximal / Bit Wing (uma unidade).
Radiografia Peri arcos.
Oclusal.
P. A . Frontal..
Mão e Punho/I O
Tele com análise.
Tele sem análise
A T M Cranial-Facial
Técnicade localização.
Transorbital 2 radiografias.
Transorbital 4 radiografias.
Axial.
Axial com traçado
A T M Ortopantomográfica.
Imagens em disquetes.
Traçado quando tem a teleradiografia.
Modelos.
Análise de adenóides/previsão de 3° molar.

FOTOS E SLIDES AVULSOS:

02 fotos FR/PR
05 fotos FRE/PER + I.O .
03 fotos I. O
02 fotos oclusais.
02 slides FREN/PERF.
03 slides I. O .
05 slides FREN/PERF + I. O

ANEXO II – MANUAL GUIA PRÁTICO DO CREDENCIADO

Caro (a) Credenciado (a),

A SEPAO – ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EMPRESARIAL LTDA elaborou o guia prático do credenciado com o objetivo de esclarecer as principais dúvidas do nosso sistema de atendimento.

Leia com muita atenção, para proceder corretamente nas aprovações dos procedimentos, preenchimentos do Relatório Mensal de Atendimento, evitando assim problemas e atrasos nos pagamentos.

Mantenha seu cadastro atualizado junto a nossa central, para que seu nome, endereço e telefone figure corretamente no Manual Orientador do Beneficiário.

Sempre que houver dúvida, ligue para a nossa Central de Atendimento, pois estaremos sempre prontos para atendê-los.

Central de Atendimento Sepao Assist:

São Paulo	5541-8588
Demais Localidades	0800 16 00 14 (DDG)

Estamos gratificados em contar com a sua Clínica Radiológica em nossa rede nacional de credenciados.

Objetivando, sempre, otimizar nossa prestação de serviços de assistência odontológica aos nossos clientes, contamos com a sua fundamental colaboração ética e profissional.

* **RELAÇÃO DE SERVIÇOS INCLUÍDOS NAS DOCUMENTAÇÕES**

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA (Conteúdo)

- ☒ Teleradiografia
- ☒ Radiografia Panorâmica
- ☒ Análise e Traçado Cefalométrico Computadorizado (Tweed e Stainer)
- ☒ Diagnóstico Sumário
- ☒ Diapositivos (Extra e Intraorais)
- ☒ Modelo Ortodôntico
- ☒ Fichas Clínicas
- ☒ Caixa para Modelos e Pasta

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESPECIAL (Conteúdo)

- ☒ Teleradiografia
- ☒ Radiografia Panorâmica
- ☒ Radiografia Pósterio-Anterior
- ☒ Análise e Traçados Cefalométricos Computadorizados
- ☒ Diagnóstico Sumário
- ☒ Análise da Via área (Adenóide)
- ☒ Previsão da Erupção do 3º Molar
- ☒ Fotografias
- ☒ Diapositivos (Extra e Intraorais)
- ☒ Modelo Ortodôntico
- ☒ Análises de Modelos Computadorizados
- ☒ Bolton
- ☒ Pont-Korkhaus
- ☒ Discrepância de Modelo
- ☒ Fichas Clínicas
- ☒ Caixa para modelos e Pasta

DOCUMENTAÇÃO ORTOPÉDICA (Conteúdo)

- ☒ Teleradiografia
- ☒ Radiografia Panorâmica
- ☒ Análise e Traçados Cefalométricos de Bimler
- ☒ Diagnóstico Sumário
- ☒ Análise da Via área (Adenóide)
- ☒ Previsão de Erupção 3º Molar
- ☒ Fotografias
- ☒ Diapositivos (Extra e Intraorais)
- ☒ Modelo Ortodôntico
- ☒ Modelo de Trabalho
- ☒ Xerox de Modelo
- ☒ Ficha para Tratamento Ortognático
- ☒ Ficha de Análise de Dentadura
- ☒ Fichas Clínicas
- ☒ Caixa para Modelo e Pasta

INFORMAÇÕES PARA ATENDIMENTO

- A- No ato do atendimento exija do paciente o cartão de identificação **SEPAO ASSIST** e a Carteira de Identidade (tipo RG.)
- B- Os serviços radiológicos somente terão os seus custos cobertos pelo **SEPAO** mediante prévia autorização do **SEPAO** na forma da GUIA DE RX com código de autorização alfa numérico (conforme modelo em anexo).
- C- A GUIA DE RX conterá as seguintes informações:
 - C1. Dados do titular do plano e do paciente (Titular ou dependente);
 - C2. Número da **GUIA DE RX** e **CÓDIGO DE AUTORIZAÇÃO** fornecido pela **SEPAO**;
 - C3. Relação dos **SERVIÇOS DE RADIOLOGIA** que estão autorizados;
- D- Na falta do recebimento da GUIA de RX até a data da consulta para realização do serviço radiológico, entre em contato com a **SEPAO**. Caso o serviço não esteja autorizado, ele poderá ser executado mediante acerto direto entre o **CREDCIADO** e o paciente ou seu responsável, sendo, então, remunerado diretamente pelo próprio beneficiário com base nos preços fixados na tabela **SEPAO**.
- E- O **SEPAO** não se responsabilizará pela remuneração de serviços prestados pelo **CREDCIADO** a qualquer beneficiário dos planos **SEPAO** sem a emissão da GUIA DE RX com código de autorização alfa numérico, que representa a prévia autorização.
- F- A GUIA DE RX, quando da realização do serviço deverá ser preenchida com a data do atendimento, o RG do paciente/beneficiário ou seu responsável e assinada por ele. A GUIA DE RX deverá, então, ser mantida pelo **CREDCIADO** e enviada ao **SEPAO** até o dia 3 (três) do mês subsequente ao da realização do serviço para a respectiva remuneração.
- G- Os serviços executados referentes às guias com código de autorização serão remunerados ao **CREDCIADO**, única e exclusivamente pelo **SEPAO**, conforme **TABELA DE SERVIÇOS DO ANEXO III**, através de depósito bancário em conta corrente do **CREDCIADO** cujos dados são informados por este ao **SEPAO** no ato da assinatura do contrato.
- H- A remuneração se dará única parcela no dia 30 (trinta) do mês seguinte àquele em que, efetivamente, ocorrer a entrega dos serviços autorizados e realizados.
- I- Os serviços que não constam na Tabela **SEPAO** poderão ser prestados pelo **CREDCIADO** de forma particular, desde que, previamente acordado com o beneficiário.
- J- Os equipamentos, aparelhos e instrumental necessários para a correta execução dos serviços, sua manutenção em bom estado de conservação e funcionamento, são da inteira responsabilidade do **CREDCIADO**, bem como a qualidade dos materiais empregados por eles nos serviços executados, que devem ser idênticos aos empregados em seus próprios pacientes particulares.
- K- Solicite sempre a assinatura do paciente na guia de autorização e no Relatório Mensal de Atendimento após a conclusão do atendimento.

MODELO DE GUIA DE AUTORIZAÇÃO

RX nrº 97.721

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA TOMADAS DE RADIOGRAFIAS

Paciente : ANA MARIA FURTADO
Titular : A mesma
Endereço :
Empresa : TAM - Transportes Aéreos Código : 04111111-3

SERVICOS AUTORIZADOS :

1	Rx. Panorâmico

SOLICITAÇÃO DO(a) DR (a):

<u>Dra. Telma Alves de Souza</u>

CRENCIADO AUTORIZADO :

Nome da Clínica:

Valor coberto em U S O :

Valor total em Reais : R\$ XX,00

Valor coberto em Reais : R\$ XX,00

Data : 31/7/2002

Data da Realização: _____ / _____ / _____
Ass. Do Paciente: _____

CÓDIGO DE AUTORIZAÇÃO

BRC 24798

PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO MENSAL

O Relatório Mensal é único para todos os atendimentos realizados no mês. **Não preencha um relatório para cada paciente.** Use um formulário para todos os pacientes atendidos no mês, na ordem em que forem se realizando os seus atendimentos.

A - Preencha seus dados no cabeçalho do relatório incluindo o mês e ano do serviço prestado.

B - Este relatório será preenchido sempre que a Clínica Radiológica atender os beneficiários dos planos SEPAO ASSIST.

C - Preencha com letra legível a data, nome do paciente, número da guia, horários da chegada, do atendimento e do término, serviço executado, código do serviço, código do dente e assinatura do beneficiário. **Não deixe de preencher nenhum destes itens, pois a falta de informações completas poderá reter sua remuneração.**

D - Todos os pagamentos são feitos após o término do tratamento, e estes são controlados pelo relatório mensal. Preencha-os corretamente evitando glosas no pagamento.

E - Envie seu relatório até, no máximo, **dia 3 (três - data da postagem)** após o término do mês em questão.

F - Após a comprovação do recebimento em conta corrente, envie o R.P.A. (Recibo de Pagamento ao Autônomo) ou Recibo e/ou Nota Fiscal do valor do pagamento, impreterivelmente, até o dia 03 (três) do mês (data de postagem) posterior ao pagamento.

G - A falta de R.P.A., Recibo ou Nota Fiscal retém pagamentos futuros.