



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
REGISTRO ANS Nº 41.783-1
Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS – 469.257/13-8
PLANO ESPECIALLI FAMILAR

CLÁUSULA 1ª - DAS PARTES:

OPERADORA: Odontolive Operadora de Planos Odontológicos Ltda, atuando pelo nome fantasia Odontolive, classificada na modalidade odontologia de grupo, com sede a Rua Abrão Antônio, 453– Birigui – SP, CEP 16200-063, inscrita no CNPJ sob o no. 10.364.053/0001-45 e sede no Município de Birigui, neste ato, representada na forma de seu Contrato Social, doravante designada **OPERADORA**.

CONTRATANTE: nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, portador da Cédula de Identidade RG n., inscrito no CPF/MF sob o n, residente e domiciliado nesta na, Município de /..., CEP, aqui designada **CONTRATANTE**.

- A) O CONTRATANTE é identificado também neste contrato como Beneficiário Titular, que deverá indicar expressamente os Beneficiários Dependentes.
- B) Para a inclusão dos Beneficiários Dependentes, será exigida a apresentação de documentos que comprovem a dependência.
- C) O Beneficiário Titular e os Beneficiários Dependentes, neste contrato, serão denominados simplesmente como Beneficiários.

CLÁUSULA 2ª - OBJETO DO CONTRATO: Este instrumento particular tem por objetivo regular a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, em conformidade com Lei 9656/98, com a finalidade de prestar assistência odontológica, com atendimento pelos profissionais pertencentes a rede credenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos, editados pela Agência Nacional de Saúde – ANS, vigente na época do evento no que se refere à saúde bucal, sendo o plano exclusivamente odontológico: Individual/Familiar.

2.1 O presente contrato será regido pelas disposições gerais abaixo:

- A) **DA NATUREZA DO CONTRATO:** O presente contrato é firmado na modalidade adesão, bilateral, nos termos do Código Civil Brasileiro e da Lei nº 9.656/98 e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estando também, subsidiariamente, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.



- B) ÁREA DE ABRANGÊNCIA:** A abrangência geográfica deste plano, com base na Lei nº 9.956/98 e sua regulamentação, é nacional.
- C) DA ESCOLHA DE PRESTADORES:** A CONTRATADA oferece serviços de odontologia, com vasta gama de profissionais habilitados, porém não há possibilidade de escolha de profissionais, ficando o CONTRATANTE condicionado ao profissional disponível na rede credenciada no momento do atendimento.
- D) TIPO DE CONTRATAÇÃO:** O plano oferecido pela CONTRATADA é do tipo individual ou familiar.
- E) PREÇO:** A formação do preço do plano ora oferecido é preestabelecida, ou seja, o valor da mensalidade é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO: O presente contrato se caracteriza pela contratação **Individual/Familiar**. Plano privado de assistência à saúde individual/familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada a pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

3.1 Poderão ser inscritos como usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao usuário titular:

- A)** o cônjuge;
- B)** os filhos solteiros, até 21 anos incompletos, ou até 24 anos incompletos, desde que cursando graduação em nível superior de ensino;
- C)** o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- D)** o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- E)** os filhos comprovadamente inválidos.

Parágrafo Primeiro: O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o **CONTRATANTE** estiver inscrito.

Parágrafo Segundo: A inclusão do **CONTRATANTE** e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Admissão que integra este contrato para todos os fins de direito.

Parágrafo Terceiro: É assegurada a inclusão: I - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante; II - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por ele, quando contrair matrimônio



durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

Parágrafo Quarto: Ultrapassados os prazos previstos acima, os novos usuários cumprirão as carências integralmente indicadas como "carência posterior".

Parágrafo Quinto: Aos beneficiários dependentes que perderem a condição de dependente será facultado o direito de firmar novo contrato com a **OPERADORA** no Plano Individual, no prazo de até 30 (trinta) dias, ficando dispensados de cumprir prazos de carência, desde que já tenha cumprido as carências aqui estabelecidas.

Parágrafo Sexto: Não será permitida nova inclusão de usuário dependente que tenha sido excluído deste contrato, podendo, contudo, contratar um plano em seu próprio nome (pessoa física), como titular, em até 30 (trinta) dias a contar da data de sua exclusão, aproveitando as carências já cumpridas para as coberturas deste contrato.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS: A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos previstos na legislação em vigor, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS. Estão cobertos pelo pagamento fixo anual ou mensal (pré-pagamento), os seguintes atos odontológicos:

Parágrafo Único: A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela agência nacional de saúde suplementar vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

CLÁUSULA 5ª- EXCLUSÕES DE COBERTURA: Não estão cobertos pelo plano os procedimentos abaixo elencados:

- A) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- B) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- C) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente



- hospitalar, incluída a especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- D)** estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar bem como os exames complementares solicitados para este fim, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
 - E)** as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
 - F)** tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - G)** tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - H)** casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
 - I)** os serviços não previstos expressamente neste instrumento;
 - J)** consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
 - K)** consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
 - L)** despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento
 - M)** renovação de restaurações para fins exclusivamente estéticos;
 - N)** procedimentos odontológicos para fins estéticos;
 - O)** procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, salvo aqueles expressamente identificados no item Coberturas e Procedimentos Garantidos, deste contrato.

CLÁUSULA 6ª- DA VIGÊNCIA DO CONTRATO: O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, com início no dia do efetivo pagamento da primeira mensalidade.

Parágrafo Único: O contrato será renovado automaticamente, por tempo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

CLÁUSULA 7ª – DO PERÍODO DE CARÊNCIA: Os Beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

Procedimentos	Prazo
Diagnóstico	60 dias
Radiologia	60 dias
Prevenção em Saúde Bucal	60 dias
Dentística	60 dias



Cirurgia	60 dias
Periodontia	60 dias
Endodontia	60 dias
Urgência/Emergência	24 horas
Demais Casos	90 dias

Parágrafo Único: O pagamento antecipado de contraprestações, não elimina ou reduz os prazos de carências. Para os casos de urgência e emergência, o prazo de carência não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) horas.

CLÁUSULA 8ª – DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES: Não há cobertura ainda que parcial em razão de lesão ou doença preexistente

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato, estará garantida a cobertura dos procedimentos abaixo, caracterizados como casos de emergência e urgência:

- I. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.
- II. Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.
- III. Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
- IV. Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.
- V. Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.
- VI. Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.
- VII. Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.
- VIII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.
- IX. Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

Parágrafo Único: Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

CLÁUSULA 10ª - DO REEMBOLSO: Será garantido ao Beneficiário o



reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual ou, ainda, nos casos definidos pela legislação vigente, sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano, no prazo e forma definidos por lei.

10.1 - Os procedimentos estão contemplados em Tabela elaborada com base no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, devidamente registrada perante o Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Birigui, sob n. 43.711. A Tabela poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, de acordo com a legislação vigente, com novo registro perante o referido Cartório.

10.2 - A Tabela utilizada define a quantidade de UR a ser considerada em cada procedimento odontológico para o cálculo do reembolso. A Unidade de Referência (UR) é o coeficiente expresso em moeda corrente nacional que servirá como base de cálculo do reembolso dos procedimentos odontológicos cobertos pelo plano. Os Múltiplos de Reembolso são os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de UR apresentadas na Tabela para obtenção do valor, em moeda corrente nacional, de reembolso das despesas cobertas e efetivamente pagas pelo beneficiário Titular.

10.3 - O valor do reembolso das despesas será obtido pela aplicação do múltiplo do Plano do beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na tabela e não será, sob nenhuma hipótese, ser superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas, conforme Tabela exemplificativa abaixo:

TUSS	Procedimento	Cobrança	UR	MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO
81000065	Consulta odontológica inicial	GERAL	0,25	31,87
81000049	Consulta odontológica de Urgência	GERAL	0,25	85
83000089	Exodontia simples de decíduo	Elemento	0,25	70
84000198	Profilaxia: polimento coronário	4 Hemi-Arcadas	0,25	25
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	Elemento	0,25	75
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	Elemento	0,25	75
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	Elemento	0,25	300
85300047	Raspagem supra-gengival	4 Hemi-Arcadas	0,25	110
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	Elemento	0,25	53
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	Região	0,25	20
82000875	Exodontia simples de permanente	Elemento	0,25	96
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos/impactados	Elemento	0,25	210

10.4 - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso,



devendo, para tanto, apresentar à **OPERADORA** os seguintes documentos:

- I. solicitação do reembolso através do preenchimento deste formulário;
- II. relatório do odontólogo assistente, declarando o nome do paciente, tratamento efetuado (com justificativa e tipo de material utilizado), data do atendimento;
- III. nota(s) fiscal(is) ou recibo(s).
- IV. documentos comprobatórios de imagem como RX, quando necessário;

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

CLÁUSULA 11ª - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: Não se aplica ao presente contrato a livre escolha dos profissionais para realização de atendimento e/ou tratamentos. O atendimento será realizado exclusivamente pela rede cooperada de cirurgiões dentistas da **OPERADORA**, não sendo a **OPERADORA** obrigado a reembolsar despesas odontológicas em razão da livre escolha, pelo **BENEFICIÁRIO**, de cirurgiões-dentistas não integrantes da rede, salvo as decorrentes de procedimentos de urgência/emergência, nas condições previstas anteriormente.

CLÁUSULA 12ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO: Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da **OPERADORA** com um documento de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, a Autorização Prévia da **OPERADORA** para a realização do serviço.

12.1 - Todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da **OPERADORA**, exceto consulta inicial e os casos de urgência, sendo garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir da solicitação.

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

12.3 - A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à **OPERADORA**, assinada e datada pelo cirurgião-dentista, médico assistente



do caso e assinada também pelo Beneficiário.

12.4 - Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela OPERADORA, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da OPERADORA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador será paga pela OPERADORA.

12.5 - Indicador de Serviços da Rede é a relação de prestadores de serviços odontológicos, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.

12.6 - Manual do Beneficiário é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores moderadores, limites de cobertura, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela OPERADORA para a agilização do atendimento.

12.7 - O manual será atualizado pela OPERADORA e ficará disponível ao beneficiário na sede da OPERADORA, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

CLÁUSULA 13ª – DA MENSALIDADE: A mensalidade a ser paga pelo Beneficiário Titular será paga de acordo com o número de Dependentes inscritos.

13.1 - A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **OPERADORA**, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

13.2 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

13.3 - Quando a data de vencimento cair em dia que não houver expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.



13.4 - Se a **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **OPERADORA**, para que não se sujeite a consequência da mora.

13.5 – O valor da mensalidade em atraso será automaticamente acrescido de juros de 1% (um por cento) e multa de 2% (dois por cento) ao mês, além de correção monetária.

13.6 - O pagamento da mensalidade não quita débitos anteriores. O pagamento antecipado das mensalidades não isenta e nem reduz os prazos de carência.

13.7 - O inadimplemento dos valores contratados, poderá acarretar a inscrição do contratante nos serviços de proteção ao crédito.

13.8 - Os valores previstos para a contraprestação fixa foram definidos com base nos preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência média de utilização desses serviços, o prazo contratual; os valores estabelecidos como remuneração dos serviços previstos na tabela referencial foram definidos com base nos preços dos insumos e complexidade dos procedimentos.

CLÁUSULA 14ª – DO REAJUSTE: Nos termos da lei, os valores da contraprestação preestabelecida e inscrição serão reajustados anualmente, pela variação do Índice de Preços ao Consumidor do Setor Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC-Saúde/FIPE), ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

14.1 - Independentemente do reajuste acima aludido, as partes poderão, a qualquer tempo, por acordo e mediante Aditivo, repactuar os preços ajustados, visando garantir o equilíbrio econômico do contrato.

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

14.3 - Fica estabelecido que os valores das contraprestações relativos à posterior inclusão de usuários 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 usuário.

CLÁUSULA 15ª - DAS FAIXAS ETÁRIAS: Este contrato não tem seus preços fixados por faixa etária, assim, não há alteração de valores das contraprestações em decorrência da idade dos usuários.



CLÁUSULA 16ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO: O Beneficiário Titular ou Dependente será excluído do Contrato nos seguintes casos:

- a) Em caso de morte do Beneficiário. O óbito deverá ser comunicado em até 30 (trinta) dias da data do falecimento, de forma a evitar cobrança de mensalidade;
- b) Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do plano ou da Operadora, praticadas por qualquer dos Beneficiários;
- c) Por falta de observação e cumprimento das obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Operadora;
- d) Por solicitação do Beneficiário Titular.

16.1 - O Beneficiário Titular poderá solicitar a sua exclusão do contrato ou de seu Dependente, nos canais de atendimento da Operadora e desde que tenha permanecido no plano, por um período mínimo de 12 (doze) meses.

16.2 - A exclusão do Beneficiário Titular ou Dependente em período menor que 12 (doze) meses de permanência no plano, poderá ocorrer mediante o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades restantes para este Beneficiário.

16.3 - A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

16.4 - No caso de cancelamento a pedido do próprio Beneficiário titular, caberá à **OPERADORA** fornecer a ele, o comprovante de recebimento de solicitação de exclusão de beneficiário, bem como informações sobre as consequências do cancelamento ou exclusão do contrato.

CLÁUSULA 17ª – DA RESCISÃO: O contrato poderá ser rescindido, nas seguintes situações:

- a) pela OPERADORA, quando houver fraude comprovada.
- b) pela OPERADORA, por inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, e desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.
- c) pelo BENEFICIÁRIO TITULAR que poderá solicitar a qualquer momento o cancelamento do contrato antes do término da vigência mínima de 12 (doze) meses, mediante o pagamento de multa de 20%



(vinte por cento) das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.

17.1 - A multa será calculada sobre o valor da última mensalidade, multiplicado pelos meses que faltarem para o término da vigência mínima e deverá ser paga até a data constante na fatura.

17.2 - A multa também será cobrada nos casos em que a OPERADORA cancelar o contrato por inadimplência ou fraude antes do término do período inicial de vigência, sem prejuízo da cobrança das mensalidades vencidas.

17.3 - A contar da data da rescisão do presente contrato, nenhum serviço será autorizado ao (à) **USUÁRIO** (a) Titular e Dependentes, cessando a partir daí toda e qualquer responsabilidade da **OPERADORA**.

CLÁUSULA 18ª – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 - Para efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- i. **ACIDENTE PESSOAL:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- ii. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
- iii. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde OPERADORAS pelo beneficiário.
- iv. **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL:** é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.
- v. **BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.
- vi. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.
- vii. **CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a



- determinadas coberturas previstas no contrato.
- viii. **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.
 - ix. **CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:** relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.
 - x. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
 - xi. **CO-PARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
 - xii. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.
 - xiii. **OPERADORA:** operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.
 - xiv. **DEPENDENTE:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.
 - xv. **EVENTO:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.
 - xvi. **EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
 - xvii. **FRANQUIA:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.
 - xviii. **MENSALIDADE:** é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.
 - xix. **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
 - xx. **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
 - xxi. **PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos



- casos de urgência ou emergência.
- xxii.** PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.
 - xxiii.** TABELA DE REFERÊNCIA: 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.
 - xxiv.** TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.
 - xxv.** URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.
 - xxvi.** USUÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependentes.

18.2 - A OPERADORA não se responsabilizará:

- a)** por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com quaisquer prestadores; tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do **CONTRATANTE**;
- b)** pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual, em fraude etc.

18.3 - A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências e emergências, implica o dever do **CONTRATANTE pagar à **OPERADORA** o respectivo custo, aferido pela Tabela de Referência. A operadora é quem tem a obrigação de fazer o controle de utilização dos serviços.**

Parágrafo Primeiro: É obrigação do **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **OPERADORA**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **OPERADORA**, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

Parágrafo Segundo: O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da **OPERADORA**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas



consequências.

Parágrafo Terceiro: Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a **CONTRATANTE** deverá comunicar, por escrito, o fato à **OPERADORA**, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela **OPERADORA**.

18.4 - Os usuários 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.

18.5 - Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **OPERADORA**, a **CONTRATANTE** deverá formalizar reclamação escrita para a devida apuração.

18.6 - A **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **OPERADORA**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes, cessadas as responsabilidades da **OPERADORA**, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

Parágrafo Único: A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como intimação da **CONTRATANTE**, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, salvo para a hipótese de rescisão de contrato individual/familiar que será objeto de notificação própria.

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

Parágrafo Primeiro: Poderá, a **OPERADORA**, exigir documentação comprobatória das declarações da **CONTRATANTE**.

Parágrafo Segundo: Os **USUÁRIOS** autorizam, a **OPERADORA** a obter informações assistenciais e diagnóstico, sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações de saúde, análise de autorizações, auditorias médicas e/ou embasamento de defesa em processos administrativos e/ou judiciais. Para tanto, os **USUÁRIOS** expressam sua **manifestação livre, informada e inequívoca** concordando e autorizando, desde já, a coleta e tratamento desses dados e informações, pela **OPERADORA**, que serão prestados pelos recursos próprios, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados



com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão ou fornecerão relatórios detalhados, dados e/ou documentos, por qualquer meio, relativos aos atendimentos assistenciais prestados, procedimentos e diagnósticos.

18.8 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Cartão de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

18.9 - Este contrato foi elaborado levando-se em consideração 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.

CLÁUSULA 19ª - ELEIÇÃO DE FORO: Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente contrato, fica eleito o Foro da **CONTRATANTE**, renunciando-se qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim de acordo e para validade do que pelas partes foi pactuado, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que surta seus efeitos jurídicos e legais efeitos.

CONTRATANTE

OPERADORA

Testemunhas:

1. _____

2. _____