

DADOS | BENEFICIÁRIO TITULAR

Nº
MATRÍCULA

NOME COMPLETO

TITULAR
 RESP. FINANCEIRO

DATA DE NASCIMENTO / / RG ORGÃO EXP. | UF CPF NOME DA MÃE

ENDEREÇO Nº

COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF CEP

PONTO DE REFERÊNCIA TELEFONE | 1 TELEFONE | 2 E-MAIL

DADOS | BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

NOME COMPLETO | DEPENDENTE 1 DATA DE NASCIMENTO / /

CPF | DEPENDENTE 1 NOME DA MÃE | DEPENDENTE 1

NOME COMPLETO | DEPENDENTE 2 DATA DE NASCIMENTO / /

CPF | DEPENDENTE 2 NOME DA MÃE | DEPENDENTE 2

NOME COMPLETO | DEPENDENTE 3 DATA DE NASCIMENTO / /

CPF | DEPENDENTE 3 NOME DA MÃE | DEPENDENTE 3

NOME COMPLETO | DEPENDENTE 4 DATA DE NASCIMENTO / /

CPF | DEPENDENTE 4 NOME DA MÃE | DEPENDENTE 4

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS | CONTRATAÇÃO

PLANO CONTRATADO: MAX GOLD PLUS+ GOLD+ MODALIDADE DE PAGAMENTO (MENSALIDADE) | PLANO CONTRATADO: BOLETO CARTÃO DE CRÉDITO DÉBITO EM CONTA CONSIGNAÇÃO DATA DE PAGAMENTO (MENSALIDADE) | PLANO CONTRATADO: 01 05 10 15 20 25

CARTÃO DE CRÉDITO

NUMERAÇÃO | CARTÃO DE CRÉDITO BANDEIRA | CARTÃO VALIDADE | CARTÃO Cód. AUT. | CARTÃO

DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Cód. BANCO Nº AGÊNCIA Nº OPERAÇÃO Nº CONTA / DÍGITO

CONSIGNAÇÃO

NOME / CÓDIGO DO CONTRATANTE MATRÍCULA ENTIDADE CONVÊNIO CÓDIGO IDENTIFICADOR FAIXA SALARIAL / MARGEM CONS.

A (VALOR DO TITULAR) R\$ + **B** (VALOR DO DEPENDENTE) R\$ = **C** (VALOR A+B = MENSALIDADE) R\$

- 1 - Autorizo a Odonto S.A proceder a emissão mensal de cobrança em meu nome, na modalidade de pagamento acima escolhida, ao valor informado no item "C" desta proposta de adesão, referente à mensalidade do meu plano odontológico, bem como os descontos dos valores mensais referentes aos planos dos meus dependentes, por mim inscritos.
- 2 - Tenho conhecimento que na aquisição de plano de contratação individual, este contrato estará sujeito à aprovação cadastral junto ao SPC (Serviço de Proteção ao Crédito).
- 3 - Desde já autorizo o débito das mensalidades no meu cartão de crédito, débito em conta corrente e/ou consignação, no respectivo vencimento. No caso de mudança do número sequencial do cartão de crédito e/ou da minha conta corrente, deverei comunicar por escrito à Odonto S.A, e desde já autorizo o débito das mensalidades no novo cartão de crédito e/ou conta corrente. A autorização dos débitos (cartão de crédito, conta corrente, consignação) somente poderão ser cancelados com anuência expressa da Odonto S.A.
- 4 - Declaro através deste, a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual concordo com a guarda e o tratamento dos meus dados pessoais para finalidade específica de atividades prestadas pela CONTRATADA (Odonto S.A), em conformidade com a Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RECEBI, JUNTAMENTE COM O CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, O MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE (MPS) E O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC), OS QUAIS LI INTEGRALMENTE NESTA DATA, CONFORME EXIGÊNCIA DA RESOLUÇÃO NORMATIVA 195/2009, DA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

CIDADE / UF DATA BENEFICIÁRIO TITULAR | ASSINATURA CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO OFICIAL

RECIBO COMERCIAL

DECLARO QUE RECEBI A IMPORTÂNCIA DE VALOR | R\$ VALOR POR EXTENSO | R\$
REFERENTE AO PAGAMENTO DE ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO ACIMA CONTRATADO PELO QUAL DOU PLENA E TOTAL QUITAÇÃO DO VALOR AQUI RECEBIDO.

CIDADE | UF DATA ASSINATURA | CONSULTOR COMERCIAL

GLC | GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual / Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	5
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: Referência, Hospitalar com obstetrícia, Hospitalar sem obstetrícia, Ambulatorial, Odontológica e suas combinações.	5
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	5
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	6
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o (a) beneficiário (a) não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	9
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Depois de cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	10
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou pericia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	11
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	10
RESCISÃO SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	12
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração da idade do beneficiário.	12
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ARTIGO 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998).	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na lei e suas regulamentações.	-

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua Operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site: www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS: (0800 701.9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

MPS | MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Diferenças entre planos individuais e coletivos:

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de se vincular a um plano coletivo em espécie ou por adesão, avalie a compatibilidade entre seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde:

	PLANOS INDIVIDUAIS / FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº. 9.565/1998: 24h para urgência e emergência e até 180 dias para demais procedimentos.	<p>Coletivo Empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais. Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes. É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano até trinta dias de celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) após trinta dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgados por instituição externa ou autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual.	Os PLANOS COLETIVOS não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato do índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com a renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E / OU SUSPENSÃO	No plano individual ou familiar a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos ou não, nos últimos dozes meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde do beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de Beneficiário nos planos coletivos:

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

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/1998, nos planos coletivos empresariais:

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa / plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quanto opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 06 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial:

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial:

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

Abrangência geográfica:

Apointa para o Beneficiário a área que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupos de municípios.

Área de atuação:

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios:

Quando houver participação de administradora de benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela administradora de benefícios.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua Operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site: www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS: (0800 701.9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

Pelo presente instrumento contratual o **PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA FAUCHARD LTDA**, nome fantasia **ODONTO S.A.**, inscrito no CNPJ sob nº 10.767.219/0001-74, devidamente registrado na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 41.710-6, localizado à Av. Prof. Magalhães Neto, nº 1550, Edif. Premier Tower Empresarial, Salas 1501 à 1505, Pituba, CEP: 41810-012, Salvador / BA, doravante denominada **CONTRATADA** e a **PESSOA FÍSICA**, legalmente constituída, devidamente identificada e qualificada no **TERMO DE ADESÃO**, parte integrante deste instrumento contratual, doravante denominada **CONTRATANTE**, firmam o **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**, nos termos e condições abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO

Art. 1.1 - Este contrato se caracteriza pela **CONTRATAÇÃO: INDIVIDUAL / FAMILIAR, SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: ODONTOLÓGICA e ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO: GRUPO DE MUNICÍPIOS**, conforme produto indicado no termo de adesão, que tem por objetivo a prestação continuada de serviços, com preço pré-estabelecido, sem limite financeiro, na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à assistência odontológica.

Art. 1.2 - A cobertura contratual compreende os procedimentos previstos no rol de procedimentos odontológicos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento e classificação estatística internacional de doenças e problemas com a saúde, da organização mundial de saúde (CID-10), no que se refere à saúde bucal dos participantes.

Art. 1.3 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, independente de utilização, conforme dispõe o CCB - Código Civil Brasileiro, estando este contrato também sujeito ao CDC - Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 2.1 - São beneficiários deste contrato, o **CONTRATANTE** considerado como o beneficiário titular, e as pessoas por ele indicadas no termo de adesão, parte integrante deste contrato, consideradas como beneficiários dependentes.

Art. 2.2 - Podem ser inscritos pelo beneficiário titular, como sendo seu beneficiário dependente, no mesmo plano do beneficiário titular, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao beneficiário titular:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro ou convivente, havendo união estável na forma da lei;
- c) Os filhos, enteados, tutelados e os menores sob guarda;
- d) O pai e mãe;
- e) O ascendente e descendente com grau de parentesco de qualquer natureza;
- f) O agregado com afinidade e/ou dependência econômica em relação ao beneficiário titular.

Art. 2.3 - A adesão do beneficiário dependente dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde odontológica aqui contratada.

Art. 2.4 - O beneficiário titular, no momento do preenchimento do termo de adesão, é o responsável por demonstrar os referidos documentos que comprovem a relação de dependência para inclusão dos beneficiários dependentes, ficando este responsável por todas as informações e documentações fornecidas no termo de adesão. O beneficiário titular, poderá ser responsabilizado, caso não encaminhe as suas informações necessárias e dos seus beneficiários dependentes, podendo o contrato vir a ter seu contrato cancelado, e sujeito a indenizar a **CONTRATADA** de eventuais prejuízos regulatórios e/ou pecuniários.

Art. 2.5 - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular ou beneficiário dependente, desde que o mesmo seja o adotante.

Art. 2.6 - A **CONTRATADA** aceitará alteração do plano do beneficiário, durante o curso do contrato, mesmo antes do cumprimento da vigência mínima de 12 (doze) meses do beneficiário, nos casos de migração para planos com cobertura superior, cumprindo, caso haja, as carências referentes às novas coberturas a partir de então contratadas.

Art. 2.7 - O Beneficiário, menor de 18 (dezoito) anos de idade, somente poderá ser inscrito como titular do contrato, quando houver responsável financeiro, maior de idade e descrito no contrato, podendo o responsável financeiro não ser beneficiário do contrato.

Art. 2.8 - À **CONTRATADA**, é assegurado o prazo de 07 (sete) dias, após a entrega do termo de adesão na sede da empresa, para aprovação cadastral. Durante o prazo de aprovação cadastral, a **CONTRATANTE** tem ciência que as coberturas do plano contratado, ainda não estarão disponíveis para utilização. Em caso de não aprovação cadastral por parte da **CONTRATADA**, é assegurado à **CONTRATANTE**, a devolução integral de qualquer valor, comprovadamente pago.

Art. 2.9 - O **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários inscritos, autoriza a **CONTRATADA** a prestar informações cadastrais, sem ressalvas, sempre que solicitada pelos órgãos fiscalizadores da assistência à saúde, bem como manter todas as informações necessárias ao cumprimento do contrato vigente, em seu banco de dados, em conformidade com a Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 3.1 – Para utilização dos serviços contratados, conforme plano escolhido pela **CONTRATANTE** no termo de adesão, o beneficiário deverá apresentar seu cartão de identificação Odonto S.A, juntamente com documento de identificação oficial com foto, e/ou através de sua biometria facial nos equipamentos de identificação digital, na rede de prestadores credenciados ao plano contratado, para que seja solicitada à **CONTRATADA**, autorização para realização dos serviços solicitados.

Art. 3.2 – Todos os serviços odontológicos, cobertos pelo presente contrato, estão sujeitos à prévia autorização pela **CONTRATADA**.

Art. 3.3 – Após realização do procedimento odontológico contratualmente coberto, solicitado previamente pelo prestador e autorizado pela **CONTRATADA**, o beneficiário deverá obrigatoriamente reconhecer, datar e assinar em formulário próprio da operadora, e/ou através de sua biometria facial nos equipamentos de identificação digital, confirmando assim a realização do procedimento pelo prestador credenciado à **CONTRATADA**.

Art. 3.4 – O acesso a informação da minuta do contrato, onde constam os direitos e obrigações contratuais, bem como mecanismos de acesso aos serviços cobertos, condições de utilização, fatores moderadores, limites de coberturas, procedimentos para autorização prévia da **CONTRATADA**, serão disponibilizados através do site www.odontosa.com.br, aplicativos Odonto S.A, ou nos nossos canais de atendimento.

Art. 3.5 – A rede credenciada poderá ser atualizada periodicamente pela **CONTRATADA**, sem necessidade de prévio aviso, devido ao processo dinâmico de ajustes nos dados cadastrais da rede credenciada, estando sempre disponível aos beneficiários no site www.odontosa.com.br, ou através dos aplicativos Odonto S.A

Art. 3.6 - Nenhum dos mecanismos de regulação, acima mencionados, restringe, dificulta ou impede o acesso a qualquer tipo de atendimento ou procedimento contratado pelos beneficiários.

CLÁUSULA QUARTA – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 4.1 - Os beneficiários devidamente inscritos no plano da **CONTRATADA**, terão direito aos procedimentos odontológicos contratados, de acordo com a abrangência, segmentação e modalidade, identificadas nos planos cadastrados na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme tabela abaixo:

NOME COMERCIAL DO PLANO	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	MODALIDADE DA CONTRATAÇÃO	Nº REGISTRO DO PLANO ANS
Max Individual / Familiar	Odontológica	Grupo de Municípios	Individual / Familiar	462.086 / 10-1
Gold Individual / Familiar	Odontológica	Grupo de Municípios	Individual / Familiar	462.089 / 10-5
Plus+ Individual / Familiar	Odontológica	Grupo de Municípios	Individual / Familiar	461.337 / 10-6
Gold+ Individual / Familiar	Odontológica	Grupo de Municípios	Individual / Familiar	462.089 / 10-5

Art. 4.2 - Os beneficiários terão direito a cobertura dos procedimentos odontológicos, relacionados no rol de procedimentos odontológicos, instituído pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme legislação vigente à época, incluindo a cobertura de exame clínico, procedimentos de diagnóstico, atendimentos de urgência e emergência odontológica, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como procedimentos de prevenção a saúde bucal, ortodontia, odontopediatria, dentística, endodontia, periodontia, cirurgia e prótese odontológica, realizados em consultórios da rede de profissionais credenciados à **CONTRATADA**, considerando-se sempre o plano contratado no termo de adesão, juntamente com suas respectivas coberturas contratuais.

Art. 4.3 - Os beneficiários terão direito às coberturas dos procedimentos odontológicos especificados à seguir, conforme o plano contratado no termo de adesão, parte integrante deste instrumento contratual:

CONSULTA INICIAL	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
CONSULTA INICIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
CONSULTA DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA	SIM	SIM	SIM	SIM
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 HORAS	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	GOLD	GOLD	PLUS+	GOLD+
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MAT. DE BIOPSIA - UNID BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA UNID. BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE RADIOLOGIA	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
FOTOGRAFIA	NÃO	SIM	SIM	SIM
MODELO ORTODÔNTICO	NÃO	SIM	SIM	SIM
RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	SIM	SIM	SIM	SIM
RADIOGRAFIA DA ATM (04 INCIDÊNCIAS)	NÃO	SIM	NÃO	SIM
RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - (CARPAL)	NÃO	SIM	NÃO	SIM
RADIOGRAFIA OCLUSAL	SIM	SIM	SIM	SIM
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	SIM	SIM	SIM	SIM
LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (14 RX)	SIM	SIM	SIM	SIM
RADIOGRAFIA ANTERO/ POSTERIOR	NÃO	SIM	NÃO	SIM
RADIOGRAFIA PÓSTERO / ANTERIOR	NÃO	SIM	NÃO	SIM
SLIDE	NÃO	SIM	NÃO	SIM
TELE-RADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	NÃO	SIM	SIM	SIM
TELE-RADIOGRAFIA SEM TRAÇADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA ORTOPANTOMOGRÁFIA	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	SIM	SIM	SIM	SIM
ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	SIM	SIM	SIM	SIM
ATIVIDADE EDUC. EM ODONT. PARA PAIS E/OU CUIDADORES (PACIENTES NECESSIDADES ESPECIAIS)	SIM	SIM	SIM	SIM
CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	SIM	SIM	SIM	SIM
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	SIM	SIM	SIM	SIM
APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	SIM	SIM	SIM	SIM
ESTABILIZAÇÃO MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA (PAC. COM NECES. ESPECIAIS)	SIM	SIM	SIM	SIM
PROFILAXIA - POLIMENTO CORONÁRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	SIM	SIM	SIM	SIM
TESTE DE FLUXO SALIVAR	SIM	SIM	SIM	SIM
TESTE DE PH DA SALIVA	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE DENTÍSTICA	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	SIM	SIM	SIM	SIM
CLAREAMENTO EM DENTES VITALIZADOS	NÃO	SIM	FRANQUIA	SIM
AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM AMÁLGAMA / RESINA	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO DE 01 (UMA) FACE (AMÁLGAMA)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO DE 02 (DUAS) FACES (AMÁLGAMA)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO DE 03 (TRÊS) FACES (AMÁLGAMA)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO DE 04 (QUATRO) FACES (AMÁLGAMA)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO DE 01 (UMA) FACE (RESINA COMPOSTA / RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO DE 02 (DUAS) FACES (RESINA COMPOSTA / RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO DE 03 (TRÊS) FACES (RESINA COMPOSTA / RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO DE 04 (QUATRO) FACES (RESINA COMPOSTA / RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL)	SIM	SIM	SIM	SIM
FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE ODONTOPEDIATRIA	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	SIM	SIM	SIM	SIM
COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	SIM	SIM	SIM	SIM
COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	SIM	SIM	SIM	SIM
COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO IONÔMERO DE VIDRO (01 FACES)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO IONÔMERO DE VIDRO (02 FACES)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO IONÔMERO DE VIDRO (03 FACES)	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO IONÔMERO DE VIDRO (04 FACES)	SIM	SIM	SIM	SIM
MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
PLANO INCLINADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	SIM	SIM	SIM	SIM
REMINERALIZAÇÃO DO ESMALTE	SIM	SIM	SIM	SIM
SESSÃO DE CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	SIM	SIM	SIM	SIM
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	SIM	SIM	SIM	SIM
CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	SIM	SIM	SIM	SIM
CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	NÃO	SIM	SIM	SIM
PULPOTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM
PULPECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR ENDODONTICA	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTES DECÍDUOS	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM
REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM

REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	SIM	SIM	SIM	SIM
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM
CONT. DE HEMORRAGIA COM APLIC. DE AGENTE HEMOSTÁTICO (REGIÃO BUCO-MAXILO- FACIAL)	SIM	SIM	SIM	SIM
CONT. DE HEMORRAGIA SEM APLIC. DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO- FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
AUMENTO DE COROA CLÍNICA	SIM	SIM	SIM	SIM
CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	SIM	SIM	SIM	SIM
CUNHA PROXIMAL	SIM	SIM	SIM	SIM
ENXERTO GENGIVAL LIVRE	SIM	SIM	SIM	SIM
ENXERTO PEDICULADO	SIM	SIM	SIM	SIM
GENGIVECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM
GENGIVOPLASTIA	SIM	SIM	SIM	SIM
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTE	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	SIM	SIM	SIM	SIM
TUNELIZAÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
SEPULTAMENTO RADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	SIM	SIM	SIM	SIM
INCISÃO E DREN. EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMAT. E/OU FLEGMÃO UNID. BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
INCISÃO E DREN. INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMAT. E/OU FLEGMÃO UNID BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	SIM	SIM	SIM	SIM
ALVEOLOPLASTIA	SIM	SIM	SIM	SIM
APICECTOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM
APICECTOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM
APICECTOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM
APICECTOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM
APICECTOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM
APICECTOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM
BIÓPSIA DE BOCA	SIM	SIM	SIM	SIM
BIÓPSIA DE LÍNGUA	SIM	SIM	SIM	SIM
BIÓPSIA DE LÁBIO	SIM	SIM	SIM	SIM
BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	SIM	SIM	SIM	SIM
BIÓPSIA DE MANDÍBULA	SIM	SIM	SIM	SIM
BIÓPSIA DE MAXILA	SIM	SIM	SIM	SIM
CIRURGIA DE TÓRUS BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM
CIRURGIA DE TÓRUS PALATINO	SIM	SIM	SIM	SIM
CIRURGIA DE TÓRUS UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM
CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	SIM	SIM	SIM	SIM
COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
BRIDECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM
BRIDOTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM
EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	SIM	SIM	SIM	SIM
EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	SIM	SIM	SIM	SIM
EXÉRESE DE RÂNULA OU MUCOCELE	SIM	SIM	SIM	SIM
EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICO NA MANDÍBULA / MAXILA	SIM	SIM	SIM	SIM
EXODONTIA A RETALHO	SIM	SIM	SIM	SIM
EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	SIM	SIM	SIM	SIM
EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	SIM	SIM	SIM	SIM
EXODONTIA PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	SIM	SIM	SIM	SIM
EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE	SIM	SIM	SIM	SIM
FRENECTOMIA LABIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
FRENECTOMIA LINGUAL	SIM	SIM	SIM	SIM
REDUÇÃO CRUENTA - FRATURAS ALVÉOLO-DENTÁRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
REDUÇÃO INCRUENTA - FRATURAS ALVÉOLO-DENTÁRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM
AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM
ODONTO-SECÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
PLASTIA DE DUCTO SALIVAR OU EXÉRESE DE CÁLCULO OU DE RÂNULA SALIVAR	SIM	SIM	SIM	SIM

PUNÇÃO ASPIRATIVA NA UNIDADE BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)	SIM	SIM	SIM	SIM
REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/IMPACTADOS	SIM	SIM	SIM	SIM
REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS	SIM	SIM	SIM	SIM
REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	SIM	SIM	SIM	SIM
REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	SIM	SIM	SIM	SIM
EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	SIM	SIM	SIM	SIM
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
EXERÉSE DE LIPOMA NA UNIDADE BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-NASAL	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-SINUSAL	SIM	SIM	SIM	SIM
TRAT. CIRÚRG. DE TUMORES BENIG. (TEC. ÓSSEO/CARTILAGINOSO) UNID. BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
REMOÇÃO DE ODONTOMA	SIM	SIM	SIM	SIM
TRAT. CIRÚRG. DE TUMORES BENIG. DE TECIDOS MOLES NA UNIDADE BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
TRAT. CIRÚRG. DE HIPERPLASIA (TECIDO ÓSSEO/ CARTILAGINOSO) UNID. BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIA DE TECIDOS MOLES NA UNIDADE BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM	SIM	SIM	SIM
ULECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM
ULOTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM

PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD+
RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	SIM	SIM	SIM	SIM
COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	SIM	SIM	SIM	SIM
COROA PROVISÓRIA SEM PINO	SIM	SIM	SIM	SIM
COROA PROVISÓRIA COM PINO	SIM	SIM	SIM	SIM
COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA	SIM	SIM	SIM	SIM
COROA TOTAL METÁLICA – UNITÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM
COROA TOTAL METÁLO PLÁSTICA - CERÔMERO – UNITÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM
NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	SIM	SIM	SIM	SIM
PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM
PINO PRÉ-FABRICADO	SIM	SIM	SIM	SIM
RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) – UNITÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM
REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	SIM	SIM	SIM	SIM
REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	SIM	SIM	SIM	SIM
PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
CONERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
CONERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
COROA TOTAL METALO CERÂMICA	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
PLACA OCLUSAL RESILIENTE	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
PRÓTESE TOTAL	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA
RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY	NÃO	NÃO	FRANQUIA	FRANQUIA

PROCEDIMENTOS DE ORTODONTIA	COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS			
	PLANOS INDIVIDUAIS			
	MAX	GOLD	PLUS+	GOLD +
CONSULTA ODONTOLÓGICA (ORTODÔNTICA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM
APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHLER	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO ORTOPÉDICO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO REMOVÍVEL	NÃO	SIM	NÃO	SIM
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO ESTÉTICO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
CONTENÇÃO FIXA POR ARCADEA	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Art. 4.4 - Para obtenção de sucesso no tratamento ortodôntico, inclusive no que diz respeito ao tempo de duração aproximada do tratamento, que é de 36 (trinta e seis) meses, é imprescindível, que o beneficiário siga corretamente todas as orientações do ortodontista credenciado. No caso de

retirada do aparelho ortodôntico, má utilização e/ou utilização indevida do aparelho ortodôntico, causando a sua inutilização total ou parcial, poderá ser cobrado pelo prestador ortodontista credenciado os custos adicionais à sua recomposição, reparação ou substituição.

Art. 4.5 - Os serviços de clareamento de dentes vitalizados serão realizados apenas uma vez, após o término do tratamento com o aparelho ortodôntico fixo, ou móvel, e início da fase de contenção ortodôntica, observando-se as limitações intrínsecas e extrínsecas do beneficiário.

Art. 4.6 – A cobertura contratual se aplica somente aos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para a realização dos procedimentos, relacionados ao rol de coberturas instituído pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, respeitando-se sempre o tipo de contratação e as coberturas do plano contratado, mesmo quando por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar.

CLÁUSULA QUINTA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Art. 5.1 - Fica excluído da cobertura deste contrato todo e qualquer serviço que não estiver elencado no rol de procedimentos odontológicos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, bem como especificamente os seguintes:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Procedimentos odontológicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética, na substituição de restaurações funcionais;
- d) Fornecimento de medicamentos importados e não nacionalizados;
- e) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- f) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, sob o aspecto odontológico, ou não reconhecido pelas autoridades competentes;
- g) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;
- h) Procedimentos buco-maxilares que necessitem de internação hospitalar, bem como seus exames complementares solicitados para este fim;
- i) 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;
- j) Procedimentos de prótese odontológicas não previstas no contrato, ressalvado os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, vigente à época do evento;
- k) Procedimentos de Cirurgia Ortognática, ou de tracionamento cirúrgico (dente incluso), bem como as despesas decorrentes de exames para realização destes procedimentos;
- l) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- m) Procedimentos relacionados com o acidente de trabalho e suas consequências;
- n) Procedimentos relacionados à saúde ocupacional e moléstias profissionais;
- o) Consultas Domiciliares;
- p) Cirurgia Oral Maior;
- q) Despesas com analgesia por óxido nítrico;
- r) Remoção terrestre e/ou aéreo do Beneficiário;
- s) Tratamento de disfunções de ATM (Articulação Temporo Mandibular);
- t) Implantes e próteses sobre implantes e transplantes de qualquer natureza, incluindo-se todos os procedimentos necessários;
- u) Exames laboratoriais de qualquer natureza, exceto o anatomopatológico;
- v) Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, vigente à época do evento.

Art. 5.2 - Os procedimentos listados contratualmente como não cobertos poderão ser executados pelos prestadores credenciados, integrantes da rede credenciada Odonto S.A, mediante negociação particular entre as partes, com pagamento direto do beneficiário ao prestador credenciado. Esta negociação é de inteira responsabilidade das partes, beneficiário e prestador credenciado, não podendo ser transferida ou imputada qualquer tipo de responsabilidade à **CONTRATADA**.

Art. 5.3 - À **CONTRATADA**, não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Beneficiários, com o cirurgião dentista, ou clínica credenciada. Tais despesas correram por conta exclusiva do Beneficiário.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

Art. 6.1 - Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, sendo seu início a partir da assinatura do termo de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, sendo o que ocorrer primeiro. Após esse prazo, a renovação do contrato será automática por iguais períodos, não havendo cobrança de qualquer taxa no ato da renovação, e podendo ser cancelado após a vigência inicial, a qualquer momento, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Art. 6.2 – Nas hipóteses de contratação eletrônica, o início de vigência do presente contrato, somente se dará, após o pagamento da primeira contraprestação pecuniária, e a confirmação da identificação do beneficiário, através de um meio eletrônico pessoal. EX.:E-mail, telefone, WhatsApp.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS CARÊNCIAS

Art. 7.1 - Os serviços serão prestados após o cumprimento dos prazos de carências informados abaixo, conforme plano contratado, à contar da implantação do termo de adesão pela **CONTRATADA** e seu pagamento, de acordo com as coberturas contratuais do plano contratado:

A) Para os Planos: **MAX INDIVIDUAL / FAMILIAR | PLUS+ INDIVIDUAL / FAMILIAR**

	PRAZOS DE CARÊNCIA	ESPECIALIDADES COBERTAS APÓS CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA
A.	24 (vinte e quatro) horas	Urgência e emergência odontológica, nos termos da lei.
B.	30 (trinta) dias	Diagnóstico, radiologia, prevenção, exodontia simples, restauração em amálgama, e odontopediatria.
C.	30 (trinta) dias	Dentística, periodontia, cirurgia oral menor e selante.
D.	120 (cento e vinte) dias	Endodontia (dentes incisivos, caninos e pré-molares).
E.	120 (cento e vinte) dias	Endodontia (dentes molares).
F.	180 (cento e oitenta) dias	Prótese odontológica.

B) Para o Plano: **GOLD INDIVIDUAL / FAMILIAR | GOLD+ INDIVIDUAL / FAMILIAR**

	PRAZOS DE CARÊNCIA	ESPECIALIDADES COBERTAS APÓS CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA
A.	24 (vinte e quatro) horas	Urgência e emergência odontológica, nos termos da lei.
B.	15 (quinze) dias	Diagnóstico, radiologia, prevenção, exodontia simples, restauração em amálgama, odontopediatria e ortodontia.
C.	15 (quinze) dias	Dentística, periodontia, cirurgia oral menor e selante.
D.	30 (trinta) dias	Endodontia (dentes incisivos, caninos e pré-molares).
E.	30 (trinta) dias	Endodontia (dentes molares).
F.	180 (cento e oitenta) dias	Prótese odontológica.

Art. 7.2 - O pagamento antecipado de contraprestações pela **CONTRATANTE**, não elimina ou reduz os prazos de carências.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 8.1 - Não caberá, por parte da **CONTRATADA**, nenhuma alegação de doença e lesão pré-existente, para exclusão de quaisquer coberturas avençadas neste contrato.

CLÁUSULA NONA – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 9.1 - Classificam-se como procedimentos de urgência / emergência, de cobertura obrigatória por parte da **CONTRATADA**:

	PROCEDIMENTO	SIGNIFICADO
A	Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal ou labial	Aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal
B	Curativo em caso de odontalgia aguda políptomia necrose	Abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo.
C	Imobilização dentária temporária	Imobilização dentária que possui alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
D	Recimentação de trabalho protético	Recolocação de trabalho protético.
E	Tratamento de alveolite	Limpeza do alvéolo dentário.
F	Colagem de fragmentos	Recolocação de parte do dente que sofreu fratura, através de material adesivo.
G	Incisão e drenagem de abscesso extra oral	Incisão na face e posterior drenagem do abscesso.
H	Incisão e drenagem de abscesso intra oral	Incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.
I	Reimplante de dente avulsionado	Recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

Art. 9.2 - Além desses, também deverão ser cobertos pela **CONTRATADA**, os procedimentos que o rol de procedimentos odontológicos, emitido pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, assim definir como sendo urgência / emergência.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO REEMBOLSO

Art. 10.1 - Será garantido ao beneficiário o reembolso da despesa decorrente do atendimento de urgência e emergência, desde que o evento esteja inserido nas coberturas do plano contratado, tenha ocorrido na área de abrangência geográfica contratual, não sejam procedimentos com cobertura parcial e sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial do plano contratado.

Art. 10.2 - O beneficiário terá o prazo de 60 (sessenta) dias para solicitar o reembolso, devendo assim apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos: Nota fiscal em nome do beneficiário que realizou o(s) procedimento(s), contendo CNPJ e CRO/UF do profissional que prestou o atendimento, relatório clínico com descrição do(s) serviço(s) realizados, juntamente com a(s) respectiva(s) radiografia(s) ou imagem inicial e final do(s) procedimento(s) executado(s).

Art. 10.3 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela **CONTRATADA**, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado junto à rede credenciada pela **CONTRATADA**, tendo como parâmetro para o reembolso a tabela de honorários odontológicos, utilizada pela **CONTRATADA** e vigente à época do evento.

Art. 10.4 – O coeficiente de reembolso adotado será de 1,0 (uma) vez, aplicável sobre a tabela de honorários odontológicos, utilizada pela **CONTRATADA** e vigente à época do evento.

Art. 10.5 – Os procedimentos que não possuem cobertura pelo plano contratado e/ou previstas neste contrato, não são passíveis de reembolso pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO DIRECIONAMENTO E REFERENCIAMENTO

Art. 11.1 - Os beneficiários da **CONTRATADA** terão atendimento, em caráter eletivo, na rede credenciada do plano contratado, de acordo com o plano escolhido, cuja relação de profissionais e locais de atendimento é disponibilizada através do nosso site: www.odontosa.com.br, ou nos aplicativos Odonto S.A, disponíveis aos beneficiários para download gratuito nas lojas virtuais (App Stores).

Art. 11.2 - Para fins de atendimento, o beneficiário deverá consultar a rede de atendimento credenciada ao plano e agendar seu atendimento com o prestador de sua preferência, devendo comparecer ao local do atendimento, na data e horário previamente marcados, com antecedência mínima de 30 minutos ou mediante regras próprias de atendimento do prestador, munido do seu cartão de identificação Odonto S.A (físico ou virtual), acompanhado de um documento de identificação oficial com foto.

Art. 11.3 - Para o atendimento, o prestador credenciado deverá solicitar autorização prévia à **CONTRATADA** para execução de qualquer procedimento a ser efetuado no beneficiário, não sendo necessária autorização prévia para realização de procedimentos de urgência ou emergência.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 12.1 - A **CONTRATADA** fornecerá documento específico tipo "**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**", pessoal e intransferível, através de nossos aplicativos mobile, disponibilizada através do nosso site: www.odontosa.com.br, disponíveis aos beneficiários para download gratuito nas lojas virtuais (App Stores), para atendimento ao beneficiário devidamente inscrito, cuja apresentação deve estar, obrigatoriamente, acompanhada do documento pessoal de identificação, original e com foto, no momento do atendimento. Após identificação da documentação do beneficiário na nossa rede credenciada, também ficará disponível a identificação do beneficiário, através de sua biometria facial nos equipamentos de identificação digital. A qualquer tempo, poderá ser adotado, um novo sistema para melhor atendimento aos beneficiários.

Art. 12.2 – Poderá o beneficiário solicitar a emissão de cartão de identificação físico, onde o beneficiário deverá comunicar por escrito, o fato à **CONTRATADA**, mediante pagamento de taxa de emissão de cartão físico, cobrada conforme tabela de serviços, vigente a época.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA DIVERGÊNCIA E AUDITORIA ODONTOLÓGICA

Art. 13.1 - A **CONTRATADA** garante, no caso de situações de divergência odontológica, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída por profissional credenciado devidamente nomeado pelo beneficiário, por odontólogo indicado pela operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

Art. 13.2 – Com finalidade de acompanhar a qualidade dos procedimentos odontológicos realizados por sua rede credenciada ou referenciada, a **CONTRATADA** poderá utilizar ao seu critério, de recursos técnicos de auditoria clínica dos beneficiários, sempre com o intuito de salvaguardar o atendimento de qualidade e garantia nos procedimentos executados, podendo a **CONTRATADA**, convocar o beneficiário, a qualquer momento, a comparecer para uma consulta de auditoria odontológica, ou dispensá-lo, conforme a análise de cada caso, pelo departamento de auditoria da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA REDE DE PRESTADORES

Art. 14.1 A Rede Credenciada, do respectivo plano contratado, será disponibilizada para consultas no site www.odontosa.com.br, ou através dos aplicativos ODONTO S.A, com os seus respectivos endereços, horários de atendimento, especialidades e telefones.

Art. 14.2 – A **CONTRATADA** poderá a qualquer momento, fazer alteração, inclusão, substituição e/ou exclusão de dados dos prestadores da rede credenciada em razão do processo dinâmico de alteração do quadro de odontólogos credenciados, bem como seus endereços e telefones, nos termos da legislação vigente, sendo assim, de extrema importância que o beneficiário, antes de contactar ou dirigir-se ao profissional escolhido na rede de prestadores, deve sempre confirmar a exatidão dos dados cadastrais através do site www.odontosa.com.br / rede credenciada, ou nos aplicativos Odonto S.A.

Art. 14.3 – As alterações na rede credenciada da **CONTRATADA**, inclusive as inclusões de novos prestadores, serão disponibilizadas aos Beneficiários, através do site www.odontosa.com.br / rede credenciada, ou nos aplicativos Odonto S.A.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DO PAGAMENTO

Art. 15.1 - A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, através de pré-pagamento, os valores relacionados no termo de adesão, por beneficiário inscrito, para efeito de mensalidade, através da emissão de cobranças mensais, até seus respectivos vencimentos.

Art. 15.2 - O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada, é pré-estabelecido, sendo a **CONTRATANTE**, responsável pelo seu efetivo pagamento.

Art. 15.3 - Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem acréscimo de juros e/ou multas.

Art. 15.4 - Se a **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CONTRATADA**, para que não se sujeite a multa e mora.

Art. 15.5 – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em dia em que não haja expediente bancário.

Art. 15.6 - Na modalidade de pagamento consignação, cartão de crédito ou débito em conta corrente, é obrigatório a **CONTRATANTE** manter saldo ou limite de crédito suficiente, para se efetuar a quitação das mensalidades do plano contratado. Havendo cancelamento ou qualquer alteração do número sequencial do cartão de crédito ou na conta corrente informada para o débito mensal das mensalidades do plano adquirido, a **CONTRATANTE** deverá comunicar imediatamente à **CONTRATADA** a nova numeração do cartão ou dados da conta corrente para a continuidade do débito nos respectivos vencimentos, inclusive quanto aos valores das mensalidades vencidas, durante o período que não houve o débito do valor contratado.

Art. 15.7 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2,0% (dois por cento), e da correção monetária pelo IPCA, e na falta deste, por qualquer outro índice oficial que venha a substituí-lo.

Art. 15.8 - O pagamento da contraprestação referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

Art. 15.9 - A **CONTRATANTE** poderá ter o registro do seu nome em cadastro nacional de inadimplentes, tal como SPC e Serasa, na hipótese de inadimplência continuada das mensalidades.

Art. 15.10 - Após atraso no pagamento da fatura mensal de 02 (dois) dias úteis, as coberturas previstas no contrato, serão automaticamente e de pleno direito, suspensas aos beneficiários, sem que caiba restituição de qualquer parcela mensal já paga, e nem isentando a **CONTRATANTE** do pagamento integral das faturas mensais emitidas, e das suas respectivas multas e moras, contratualmente estabelecidas, sendo o atendimento reestabelecido, em até 02 (dois) dias úteis, após a identificação bancária dos pagamentos em atraso.

Art. 15.11 - O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá em ato de mera tolerância, não implicando em novação contratual

ou transação.

Art. 15.12 - Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** qualquer dano ocasionado em decorrência do não atendimento clínico ao beneficiário, causado por falta de adimplência nas prestações, independente do motivo ou período do atraso.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO REAJUSTE

Art. 16.1 - Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, pelo índice de reajuste, divulgado pela ANS, ou na falta deste, dar-se-á mediante a aplicação do índice oficial de preços IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo, divulgado pelo IBGE. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 02 (dois) meses em relação à data-base de aniversário de assinatura do contrato.

Art. 16.2 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Art. 16.3 - Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será imediatamente inserido e aplicado ao presente contrato.

Art. 16.4 - Os reajustes efetuados serão comunicados pela **CONTRATADA**, à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme determina a legislação em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 17.1 - Este contrato não pratica reajustes considerando-se a faixa etária dos Beneficiários.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 18.1 - O Beneficiário Dependente será excluído do plano odontológico nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) A pedido do Beneficiário Titular.

Art. 18.2 - 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.

Art. 18.3 - O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade do plano contratado.

Art. 18.4 – A **CONTRATANTE**, se responsabiliza exclusivamente pelas informações prestadas à **CONTRATADA**, relativas aos seus dependentes, bem como, sobre quaisquer penalidades e indenizações que a **CONTRATADA** for submetida em decorrência de falhas nestas informações.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA RESCISÃO E SUSPENSÃO

Art. 19.1 - A **CONTRATADA** terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência deste contrato.

Art. 19.2 - O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado notificação do devedor, por qualquer meio digital, e-mail, SMS, telefone e/ou correspondência, até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência.

Art. 19.3 - Independente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o **CONTRATANTE**, titular e dependente, quaisquer direitos dos benefícios previstos no contrato ou devolução de qualquer quantia comprovadamente efetuada.

Art. 19.4 - A omissão e/ou fornecimento incorretos ou inverídicos de informações pelo **CONTRATANTE** para auferir vantagens para si ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a **CONTRATADA** rescindir o contrato por fraude.

Art. 19.5 - O **CONTRATANTE** terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o **CONTRATANTE** pagará as parcelas vencidas inadimplentes, e multa contratual de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 (doze) meses de vigência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20.1 – Integra este contrato de prestação de serviços odontológicos, para todos os fins de direito, o termo de adesão, o manual de orientação para contratação de planos de saúde (MPS) e o guia de leitura contratual (GLC).

Art. 20.2 - Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o **CONTRATANTE** deverá participar, por escrito, o fato à **CONTRATADA**, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de 2ª via, mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor da taxa de emissão do referido documento, vigente à época, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela **CONTRATADA**.

Art. 20.3 – A **CONTRATADA** tem o direito exclusivo, de inclusão e exclusão dos odontólogos prestadores de serviço da sua rede credenciada, sendo a relação atualizada dos odontólogos credenciados disponibilizada através do site www.odontosa.com.br.

Art. 20.4 – A **CONTRATANTE** em caso de mudança de endereço e telefones tem a obrigação de comunicar à **CONTRATADA**, mantendo sempre atualizado o seu cadastro.

Art. 20.5 – A **CONTRATADA** não se responsabilizará por quaisquer danos físicos ou morais, bem como por prejuízos de qualquer espécie, que os Beneficiários, titulares ou dependentes, venham direta ou indiretamente sofrer, em virtude de erro ou omissão do profissional credenciado, no

tratamento a que for ou que foi submetido, cabendo à parte que se considerar lesada, agir diretamente contra o responsável pelo ato, extrajudicial ou judicialmente, se assim entender conveniente.

Art. 20.6 – Este Contrato encontra-se registrado no Cartório de Títulos e Documentos da Comarca de Salvador/BA, ficando, portanto, dispensada a assinatura das partes.

Art. 20.7 - Todas as informações prestadas à **CONTRATADA** são de inteira responsabilidade da **CONTRATANTE**, sejam estes dados cadastrais dos beneficiários titulares ou dependentes, bem como documentações e declarações necessárias a efetivação e vigência do contrato, ou quaisquer outros que foram solicitados, havendo inexistência, omissão ou falta de documentações e/ou informações, o contrato ficará plenamente suspenso até a sua inteira regularização.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DO CONSENTIMENTO DO USO DE DADOS

Art. 21.1 – A **CONTRATANTE** registra através deste a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual concorda com a guarda e o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica de atividades prestadas pela **CONTRATADA**, em conformidade com a Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).

Art. 21.2 – A **CONTRATANTE** consente e concorda que a **CONTRATADA**, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, por serem indispensáveis à execução dos serviços praticados por esta, bem como realize o tratamento dos mesmos, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, transmissão, processamento, arquivamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, difusão ou extração, tudo atendendo aos princípios da necessidade e utilidade.

Art. 21.3 – A **CONTRATANTE** autoriza a **CONTRATADA** a compartilhar os dados pessoais do titular com outros agentes de tratamento de dados, por ser de fundamental importância na manutenção da qualidade de seu serviço, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).

Art. 21.4 – A **CONTRATADA** poderá manter e tratar os dados pessoais da **CONTRATANTE** durante todo o período em que eles forem necessários ao alcance das finalidades listadas neste termo, e responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais sob sua guarda e em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD), e comunicará a **CONTRATANTE** e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao titular.

Art. 21.5 – A **CONTRATANTE** poderá ter acesso, em relação aos seus dados tratados, a qualquer momento e mediante requisição, e poderá solicitar via e-mail ou correspondência a **CONTRATADA**, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais, ou revogar o consentimento do uso de seus dados, a qualquer momento, estando ciente de que, poderá ser inviável a **CONTRATADA** continuar o fornecimento serviços ao titular e seus dependentes, a partir da eliminação deles.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DO FORO

Art. 22.1 - Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**, fica eleito o foro da comarca de domicílio da **CONTRATANTE**.