

vita

NOME COMERCIAL DO PLANO: **VITA**

REGISTRO ANS: **490.780/21-9**

TIPO DE CONTRATAÇÃO: **INDIVIDUAL/FAMILIAR**

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: **ODONTOLÓGICO**

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: **NACIONAL**

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: **NACIONAL**

FORMAÇÃO DE PREÇO: **MISTO (PRÉ-ESTABELECIDO E PÓS-ESTABELECIDO)**

REDE CREDENCIADA: **REDE ESPERTI**

UO - UNIDADE ODONTOLÓGICA: **0,37**

VALOR NOMINAL MENSAL UNITÁRIO DO PLANO: **R\$55,00**

VALOR PROMOCIONAL: **VIDE PROPOSTA DE ADESÃO**

VIGÊNCIA INICIAL: **DOZE MESES**

INSTRUMENTO JURÍDICO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.

CONTRATADA

ORALE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.

CNPJ: 03.990.914/0001-35.

END.: AV. ANITA GARIBALDI 1133, S.1204, ONDINA, SALVADOR, BAHIA. CEP 40210-903.

CONTRATANTE DEVIDAMENTE IDENTIFICADO NA PROPOSTA DE ADESÃO INTEGRANTE DESTES INSTRUMENTO CONTRATUAL.

Cláusula I: ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. Este Contrato, de prestação continuada, tem por objeto a cobertura de custos, pela CONTRATADA, de procedimentos odontológicos prestados aos beneficiários indicados na Proposta de Adesão, pela Rede Credenciada ou pela livre escolha de odontólogos, de acordo com os limites de cobertura estabelecidos neste instrumento contratual, 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.

1.2. A cobertura contratual compreende as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), no que se refere à saúde bucal, restritos aos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

1.3. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, inclusive da obrigatoriedade do pagamento das contraprestações mensais, independente da utilização ou não do Plano Odontológico, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula II: CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. São beneficiários deste contrato o CONTRATANTE, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

2.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;

2.3. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2.4. O CONTRATANTE terá o direito de cancelar a adesão dos beneficiários dependentes, mediante formalização junto à CONTRATADA, com antecedência de trinta dias.

2.5. Caso o cancelamento ocorra antes dos primeiros doze meses, a partir da adesão do beneficiário, é devida a cobrança de multa rescisória no valor equivalente a 20% da soma das mensalidades restantes para se completar o primeiro ano de permanência do beneficiário, a partir da data de adesão.

2.6. Para o cálculo da multa pecuniária prevista no item anterior, será considerado o VALOR NOMINAL mensal unitário do plano indicado no preâmbulo, sem descontos.

Cláusula III: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. É garantida, aos beneficiários inscritos no presente contrato, a seguinte cobertura:

a) Dos procedimentos odontológicos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, classificados para o segmento odontológico, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal;

b) Dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98.

3.2. São garantidos os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, nos termos da legislação vigente editada pela ANS, quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano Odontológico.

Cláusula IV: EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Estão excluídos da cobertura deste plano os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, bem como:

- a) Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos;
- b) As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar;
- c) As despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação por imperativo clínico;
- d) As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesiologistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência à saúde, diferente do plano odontológico;
- e) A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais;
- f) Transporte do paciente;
- g) Os tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, e;
- h) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Cláusula V: DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, sendo seu início a partir do pagamento da primeira mensalidade.

5.2. Após esse prazo, a renovação do contrato será automática e por prazo indeterminado, não havendo cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

Cláusula VI: PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Não é previsto o cumprimento de período de carência para este contrato.

Cláusula VII: DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 Este item não se aplica aos termos deste contrato.

Cláusula VIII: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

- a) Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.
- b) Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obtenção endodôntica ou núcleo existente.
- c) Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
- d) Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.
- e) Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.
- f) Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.
- g) Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.
- h) Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.
- i) Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

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

Cláusula IX: DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES E DO REEMBOLSO

9.1. O Beneficiário poderá realizar os procedimentos cobertos pelo plano com os prestadores da rede credenciada da CONTRATADA como por profissionais odontólogos não integrantes da rede, dentro da área geográfica de atuação do plano.

9.2. As despesas decorrentes da realização dos procedimentos cobertos pelo plano serão reembolsadas pela CONTRATADA de acordo com a Tabela de Procedimentos Cobertos Orale - TPCO, disponível no portal www.orable.com.br.

9.3. O valor do reembolso é calculado multiplicando o valor da U.O., do plano em que o Beneficiário esteja inscrito, pela quantidade de U.O. de cada procedimento realizado, de acordo com a TPCO.

9.4. É assegurado que o valor reembolsado não será inferior ao praticado pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada, de acordo com o plano escolhido.

9.5. Para solicitar o reembolso de que trata essa cláusula, é necessário obrigatoriamente que o Beneficiário apresente à CONTRATADA os seguintes documentos comprobatórios:

- a) Nota fiscal de prestação do serviço ou recibo com carimbo contendo Nome Completo e CRO do dentista.
- b) Laudo descritivo dos procedimentos realizados, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
- c) Radiografias iniciais e finais dos procedimentos realizados, quando radiograficamente visualizáveis.
- d) Fotografias iniciais e finais dos procedimentos realizados, quando não visualizáveis radiograficamente.

9.6. O reembolso de que trata esta cláusula será feito em até 30 (trinta) dias após o recebimento de todos os documentos solicitados.

9.7. Caso a documentação apresentada não permita a comprovação da realização dos procedimentos, a CONTRATADA poderá solicitar outros documentos ao Beneficiário, iniciando assim um novo prazo de 30 (trinta) dias para o reembolso.

9.8. A CONTRATADA não reembolsará despesas de mesmos procedimentos/tratamentos realizados que estejam dentro do período de recorrência indicado na TPCO.

9.9. Após 12 (doze) meses da data de realização do procedimento, o Beneficiário perderá o direito ao reembolso.

Cláusula X: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. O atendimento assistencial será prestado pela rede de profissionais credenciados indicada no preâmbulo deste contrato. As informações dos profissionais da rede credenciada estão disponíveis no portal www.orable.com.br.

10.2. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede, o Beneficiário deverá executar o seguinte processo:

- I - Buscar no Indicador de Serviços de Rede, o profissional credenciado e agendar uma consulta.
- II - Comparecer na clínica do profissional escolhido, na data e na hora marcadas, e apresentar documento de identidade com foto e CPF para requisição de autorização de atendimento, junto à operadora, para ser atendido.

10.3. Todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da CONTRATADA, exceto consulta inicial (diagnóstico) e os casos de urgência.

10.4. 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.

10.5. A solicitação de autorização prévia para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à CONTRATADA, assinada e datada pelo cirurgião-dentista ou médico assistente do caso, e assinada também pelo Beneficiário.

10.6. 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 CONTRATADA, e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

10.7. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador será paga pela CONTRATADA.

10.8. O Indicador de Serviços de Rede será atualizado pela CONTRATADA e ficará disponível ao beneficiário na sede da CONTRATADA, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da Internet, no portal www.orable.com.br.

Cláusula XI: FORMAÇÃO DE PREÇO DA MENSALIDADE E FORMA DE PAGAMENTO

11.1. Fica estabelecido o regime misto de formação de preço, ou seja, a contraprestação terá uma parcela estabelecida previamente, no regime pré-estabelecido, e outros valores que deverão ser pagos em regime de franquia, diretamente ao prestador, quando houver utilização dos serviços odontológicos.

11.2. O pagamento do valor em regime pré-estabelecido obedecerá aos seguintes critérios:

- a) A mensalidade que o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA é devida, por si e pelos demais Beneficiários dependentes, na importância e forma de pagamento definidas na Proposta de Adesão.
- b) As mensalidades deverão ser pagas, na forma de pagamento escolhida na Proposta de Adesão, até a sua data do vencimento, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão ou no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
- c) Caso a forma de pagamento escolhida pelo CONTRATANTE seja comprovadamente inviável, durante a vigência do contrato, por qualquer motivo, a CONTRATADA poderá fazer uso de outras formas de cobrança.
- d) Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.
- e) O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- f) O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

11.3. No regime de pagamento pós-estabelecido (franquia), os valores obedecerão à Tabela de Procedimentos Cobertos Orale - TPCO vigente, disponível no portal www.orable.com.br, e serão pagos pelo beneficiário diretamente ao prestador de saúde quando os procedimentos forem realizados.

11.4. Fica definido o fator de franquia de 100% somente para os procedimentos identificados na TPCO das seguintes especialidades:

- a) Cirurgia
- b) Dentística
- c) Endodontia
- d) Periodontia
- e) Prótese Dentária

11.4.1. Os demais procedimentos cobertos e constantes na TPCO ficam isentos de franquia.

Cláusula XII: REAJUSTE

12.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado (IBGE). Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de até 2 (dois) meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

12.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado da seguinte forma:

I - O desequilíbrio é constatado quando o índice de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de 40% (Sm), cuja base é a proporção representativa das despesas assistenciais sobre as receitas diretas do plano, apuradas no período dos 12 (doze) meses anteriores à data base de aniversário.

II - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste (R) será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = \text{IPCA} + ((S \times 5)/P)$$

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses).

P - Soma das mensalidades efetivamente pagas pela CONTRATANTE, excluindo os impostos incidentes.

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado (IBGE).

12.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.2., o mesmo deverá ser aplicado em substituição ao especificado no item 12.1. e na mesma data, de forma a garantir a anuidade dos reajustes.

12.4. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.1. e 12.2., será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.5. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

12.6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

12.7. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

Cláusula XIII: FAIXAS ETÁRIAS

13.1. Este contrato não pratica reajustes considerando-se a faixa etária dos beneficiários.

Cláusula XIV: ÁREA DE ATUAÇÃO

14.1. Nos termos da legislação vigente, a área de abrangência geográfica do Plano de Benefícios é qualificada como Nacional.

14.2. Poderá haver atualização de cidades com atendimento de profissionais credenciados pela CONTRATADA. A relação atualizada dessas cidades ficará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da Internet, no portal www.oral.com.br.

Cláusula XV: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1. 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, observadas a vigência inicial e a cobrança de multa no valor correspondente a 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência inicial.
- d) para o cálculo da multa pecuniária prevista no item anterior, será considerado o VALOR NOMINAL mensal unitário do plano indicado no preâmbulo, sem descontos.

15.2. 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.

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

Cláusula XVI: RESCISÃO

16.1. O CONTRATANTE poderá rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo, mediante formalização junto à CONTRATADA, conforme regulamentação da ANS, e pagamento de multa no valor correspondente a 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência inicial.

16.2. Para o cálculo da multa pecuniária prevista no item anterior, será considerado o VALOR NOMINAL mensal unitário do plano indicado no preâmbulo, sem descontos.

16.3. Caso o CONTRATANTE, no ato da contratação do plano, tenha optado por usufruir do desconto financeiro concedido pela CONTRATADA para o pagamento antecipado de uma anuidade, mas manifeste a vontade de rescindir antecipadamente o contrato, fica vedada a aplicação da multa rescisória de que trata a Cláusula 16.1., conquanto em tal hipótese também não lhe assista o direito à devolução do valor pago quando da contratação.

16.4. A CONTRATADA poderá rescindir o presente contrato unilateralmente nas seguintes hipóteses:

- a) Atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.
- b) A notificação por inadimplência poderá ser realizada correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura; mensagem de texto para telefones celulares (SMS); mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas; ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor, carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada, preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada, poderá ser feita em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis.

16.5. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

Cláusula XVII: PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

17.1. O tratamento dos Dados Pessoais do CONTRATANTE e de seus Dependentes realizado pela CONTRATADA, em relação exclusiva ao presente Contrato, seguirá os termos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) vigente.

17.2. A CONTRATADA compromete-se a:

- a) Cumprir as disposições legais respeitando todos os direitos do CONTRATANTE constantes na LGPD.
- b) Implementar medidas organizacionais e infraestrutura tecnológica para captura e armazenamento seguros, além de proteção contra perda, alteração, acesso, revelação, divulgação ou qualquer outro tratamento não autorizados ou ilegal.
- c) garantir que colaboradores, agentes, subcontratados ou credenciados da CONTRATADA que tiverem acesso a dados pessoais do CONTRATANTE estejam obrigados a manter a confidencialidade dos Dados Pessoais do CONTRATANTE, ressalvadas as obrigações legais e regulatórias impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou órgãos governamentais.
- d) dar ciência ao CONTRATANTE sobre qualquer mudança nas políticas ou procedimentos relativos à proteção de Dados Pessoais.

17.3. O CONTRATANTE, na assinatura deste contrato, declara ter plena ciência e autoriza o uso e compartilhamento dos dados pessoais do Titular e dos Dependentes, pela CONTRATADA, agentes, subcontratados ou credenciados, desde que estritamente para a atividades em conexão com este Contrato.

17.4. Esta cláusula vigorará pelo tempo de validade deste Contrato, salvo por previsões que, por sua finalidade, devam sobreviver à extinção do Contrato.

Cláusula XVIII: DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo CONTRATANTE, o Indicador de Serviços da Rede, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

18.2. 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.

18.3. São adotadas as seguintes definições:

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.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR/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.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

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.

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.

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.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora conveniado.

CONTRATANTE: Pessoa física, qualificada na proposta de adesão, que contrata o Plano Odontológico para si, na condição de Titular, e/ou para seus Dependentes.

DEPENDENTE: Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.

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.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada no ato da utilização do serviço, quando houver.

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.

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 CONTRATADA para a agilização do atendimento.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.

PLANO ODONTOLÓGICO: É o conjunto de benefícios estabelecidos neste instrumento contratual com finalidade de garantir o pagamento de despesas com procedimentos odontológicos realizados pelo Beneficiário, junto à rede credenciada, ou o reembolso, dentro dos limites de cobertura e de condições estabelecidos.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

TPCO TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS ORALE: lista descritiva dos procedimentos odontológicos cobertos pelo plano, com diretrizes e valores para

fins de cálculo de reembolso de despesas odontológicas.

TITULAR: é o beneficiário de Plano Odontológico cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

Cláusula XIX: ELEIÇÃO DE FORO

19.1. Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o foro da comarca de domicílio da CONTRATANTE.

LOCAL DE DATA

CONTRATANTE

CONTRATADA
ORALE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	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.	1
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	N.A.
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	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 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.	3
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	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.	1
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	1
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	N.A.

<i>CARÊNCIAS</i>	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. Após 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.	1
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	2
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	1
<i>RESCISÃO/SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	3
<i>REAJUSTE</i>	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 de idade do beneficiário.	3
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	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 sua regulamentação.	N.A.

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.

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



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