

Manual de Orientação para Contratação de Planos 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 vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	<p>É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</p>	<p>Coletivo Empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes</p> <p>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos 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 em até trinta dias da 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) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não fornecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.

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 por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.

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 ou 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

REAJUSTE (continuação)

aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

Nos planos individuais ou familiares 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 12 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 de 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 congênero, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-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/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 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 se beneficiário perde o direito de permanecer no plano de saúde do seu empregador original, por favor, retorna-la ao destinatário e anote-a de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação desta mensagem ou parte dela é expressamente proibido.

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. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

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 24h, em acomodação padrão enfermaria.

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.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em 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 grupo 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.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde 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

Ministério
da Saúde



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

PREVIDENT

CNPJ: 56.269.913/0001-62

Nº de registro na ANS: 37.444-0

Nº de registro do produto: 700.827/99-9

www.Prevident.com.br

Fone: 0800 022 6604

Guia de Leitura Contratual Referência

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	03
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.	03
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	-----
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 obrigatório 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.	03
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 benefício deve analisar detalhadamente as coberturas a quem tem direito.	04
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	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.	09
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aqueles existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	10

CARÊNCIAS	Carência é o período em que beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve 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 temporário por DLP.	10
MECANISMO DE REGULAÇÃO	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.	11
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorá o contrato.	10
RESCISÃO / SUPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	13
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão da 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.	13
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 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 sua regulamentação.	-----

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde 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
avidaocial@ans.gov.br

Esta mensagem é de uso restrito. Seu caráter confidencial e seu conteúdo é restrito ao destinatário da mensagem. Caso tenha sido recebido por engano, queira, por favor, retorná-la ao destinatário e apagá-la de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação desta mensagem ou parte dela é expressamente proibido.

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR PLANO EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO REFERÊNCIA

REG. ANS 700.827/99-9

DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA PREVIDENT ASSISTENCIA ODONTOLOGICA SA, Operadora de Planos de Saúde Exclusivamente Odontológicos, com sede na Rua: Alvorada, 1289 3º andar Vila Olímpia São Paulo SP CEP: 04550-004, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº 56.269.913/0001-62., inscrita no Conselho Regional de Odontologia sob o nº4559 e registro na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº37.444-0, doravante denominada CONTRATADA.

DA QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

A qualificação do beneficiário titular e seus dependentes, deverá ser descrita na proposta de inscrição anexa a este.

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NAANS

O plano de saúde ora contratado é denominado “REFERÊNCIA”, sendo registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 700.827/99-9

TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

O plano de saúde odontológico ora contratado é individual/familiar.

TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O presente plano de saúde é exclusivamente odontológico, estando excluído de seu rol de procedimentos cobertos todo e qualquer procedimento médico.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

O plano de saúde ora contratado tem a área de abrangência geográfica abaixo:
NACIONAL.

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

a) DO OBJETO DO CONTRATO

O presente Contrato tem por objeto a integral cobertura de custos pela Prevident, das despesas com os procedimentos de Assistência Odontológica, elencados no Rol de Procedimentos editado pela ANS, prestados aos beneficiários indicados pelo CONTRATANTE na solicitação de adesão, e nas condições de cobertura estabelecidas no presente Contrato, pagos diretamente ao Profissional Prestador do serviço em nome e por conta do usuário atendido, nos termos do disposto nos artigos 304 e seguintes do Código Civil, e ao que estabelece a lei no 9.656/1998, e sua regulamentação. Fazem parte deste Contrato, todos os seus anexos e aditivos, bem como a Solicitação de Adesão, manual do usuário e cartão de identificação. (RN 195/ artigos 24 e 25)

b) DA NATUREZA DO CONTRATO

O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Saúde, reveste-se de característica bilateral gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto na legislação Civil vigente, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, assumindo o beneficiário, o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inovação do evento do qual será gerada a obrigação da contratada em garantir-la. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no 9.656/98 e legislação específica em vigor ou que venha a sucedê-la.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Será admitido como beneficiário titular a pessoa física, civilmente capaz, que assinar a proposta de inscrição, assim como seus dependentes e ou agregados, indicados como tais no mesmo termo.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Os procedimentos abaixo descritos são garantidos pelo plano de saúde ora contratado, quando realizados por profissionais credenciados pela contratada, constantes do Manual de Orientação ao Beneficiário, para a realização das respectivas especialidades.

a) ROL DE PROCEDIMENTOS COBERTOS ROL MÍNIMO ANS (RN211/2010) - TABELA TUSS

DIAGNÓSTICO

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL

DIAG. ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA

RADIOLOGIA

LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING

RADIOGRAFIA OCCLUSAL

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA(ORTOPANTOMOGRAFIA)

RADIOGRAFIA PERIAPICAL

URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS

CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA

CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 H

CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA

INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

PULPECTOMIA

RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS

REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO

REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL

REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL

SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO

**TRATAMENTO DE ALVEOLITE
TRATAMENTO DE PERICORONARITE**

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR

ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL

CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)

CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

DENTÍSTICA

CAPEAMENTO PULPAR DIRETO

FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL

RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE

RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE

RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES

RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES

RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 FACES

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 4 FACES

RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 1 FACE

RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 2 FACES

RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 3 FACES

RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 4 FACES

ODONTOPODIATRIA

APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO

APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA

APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS

APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO

ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES

CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA

CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO

COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO

COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO

ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA

ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTES POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA COM NECESSIDADES ESPECIAIS

EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO

PULPOTOMIA

PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO

REMINERALIZAÇÃO

REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)

RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO

RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE

TESTE DE FLUXO SALIVAR

TESTE DE PH SALIVAR

TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO

ENDODONTIA

REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL
REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR
TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA
TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR
TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR
TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR

PERIODONTIA

AUMENTO DE COROA CLÍNICA
CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO (cada 4 dentes)
CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA
DESENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA
ENXERTO GENGIVAL LIVRE
ENXERTO PEDICULADO
GENGIVECTOMIA
GENGIVOPLASTIA
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES
RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR (cada 4 dentes)
TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA
TUNELIZAÇÃO

CIRURGIA

ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA
ALVEOLOPLASTIA
AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO
BIÓPSIA DE BOCA
BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR
BIÓPSIA DE LÁBIO
BIÓPSIA DE LÍNGUA
BIÓPSIA DE MANDÍBULA
BIÓPSIA DE MAXILA
BRIDECTOMIA
BRIDOTOMIA
CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO
CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – BILATERAL
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – UNILATERAL
CIRURGIA PARA TORUS PALATINO
COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL

CUNHA PROXIMAL

EXERESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO MAXILO FACIAL

EXERESE OU EXCISÃO DE CALCULO SALIVAR

EXERESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS

EXERESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE

EXERESE OU EXCISÃO DE RÂNULA

EXODONTIA A RETALHO

EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA

EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL

EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE

FRENULECTOMIA LABIAL

FRENULECTOMIA LINGUAL

FRENULOTOMIA LABIAL

FRENULOTOMIA LINGUAL

ODONTO-SECÇÃO

PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL

REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA

REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)

REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS

REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS

REMOÇÃO DE ODONTOMA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS / CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

TRAT. CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS / CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

TRAT. CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCO-MAXILOFACIAL

TRAT. CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL

TRAT. CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS – SEM RECONSTRUÇÃO

ULECTOMIA

ULOTOMIA

PRÓTESE

AJUSTE OCCLUSAL POR ACRÉSCIMO

AJUSTE OCCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO

COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE

COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE

COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE

COROA PROVISÓRIA COM PINO

COROA PROVISÓRIA SEM PINO

COROA TOTAL EM CERÔMERO (dentes anteriores)

COROA TOTAL METÁLICA (dentes posteriores)

NÚCLEO DE PREENCHIMENTO

NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO

PINO PRÉ FABRICADO

PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR

PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA

REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA

REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR

REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA

b) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

DIAGNÓSTICO

CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA
CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO
DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO
DIAGNÓSTICO POR MEIO DE PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS

ODONTOPODIATRIA

MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO
MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL
TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA
TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA

ENDODONTIA

CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO

PERIODONTIA

SEPULTAMENTO RADICULAR

CIRURGIA

TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA

PRÓTESE

COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA
ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCCLUSAL ESTABILIZADORA)
ÓRTESE REPOSIÇÃO (PLACA OCCLUSAL REPOSIÇÃO)
PLACA OCCLUSAL RESILIENTE

ORTODONTIA

ALETAS GOMES
APARELHO DE KLAMMT
APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR - APM
APARELHO DE THUROW
APARELHO EXTRA-BUCAL
APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO
APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER
APM - APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR
ARCO LINGUAL
BARRA TRANSPALATINA FIXA
BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL
BIONATOR DE BALTERS
BLOCOS GEMINADOS DE CLARK – TWINBLOCK
BOTÃO DE NANCE
CONTENÇÃO FIXA - POR ARCADA
DISJUNTOR PALATINO - HIRAX
DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA
DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL
DISTALIZADOR DE HILGERS
DISTALIZADOR DISTAL JET

DISTALIZADOR PENDULO/PENDEX
DISTALIZADOR TIPO JONES JIG
GIANELLY
GRADE PALATINA FIXA
GRADE PALATINA REMOVÍVEL
HERBST ENCAPSULADO
MÁSCARA FACIAL – DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA
MENTONEIRA
MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER
MONOBLOCO
OBTENÇÃO DE MODELOS GNATOSTÁTICOS DE PLANAS
PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR
PISTAS INDIRETAS DE PLANAS
PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES
PLACA DE HAWLEY
PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR
PLACA DE MORDIDA ORTODÔNTICA
PLACA DE SCHWARZ
PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS
PLACA DUPLA DE SANDERS
PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO
PLACALÁBIO-ATIVA
PLANO ANTERIOR FIXO
PLANO INCLINADO
QUADRIHÉLICE
REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL
SIMÕES NETWORK
SPLINTER

PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

01- Indivíduos que apresentem doenças e/ou condições que requerem atendimento diferenciado por apresentarem alterações mentais, físicas, orgânicas e/ou comportamentais. Tal como: portadores de deficiências psico-motoras, HIV, diabéticos, cardiopatas, transplantados, oncológicos, etc.

Obs.: O atendimento, de pacientes com necessidades especiais, será coberto apenas nas cidades onde haja possibilidade de credenciamento de profissionais habilitados.

IV – EXCLUSÕES CONTRATUAIS:

O presente contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso, EM QUALQUER HIPÓTESE, para os eventos que se seguem:

- a)** Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e materiais odontológicos listados no Rol de procedimentos odontológicos vigentes à época do evento quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos sem estrutura hospitalar.
- b)** Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.
- c)** O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.

- d) Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos

ROL DE PROCEDIMENTOS EXCLUÍDOS EXPRESSAMENTE:

- A) LESÕES CONGÊNITAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS DE ORDEM ODONTOLÓGICA.
- B) IMPLANTES E PRÓTESES - (EXCETO DESCritAS EM COBERTURA)
- C) EVENTOS ESTÉTICOS: RESTAURAÇÕES DE QUALQUER ESPÉCIE, EM QUALQUER ELEMENTO DENTAL EM RESINAS COMPOSTAS, SILICATOS OU AFINS, FUNDIDAS EM LABORATÓRIO PROTÉTICO OU PELO MÉTODO DIRETO PELO PROFISSIONAL CIRURGIÃO DENTISTA, EXCETO AS DESCritAS NAS COBERTURAS.
- D) CIRURGIAS CORRETIVAS, ESTÉTICAS, REPARADORAS OU AFINS QUE DEMANDEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR.
- E) RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS E AS INTRABUCAIS - (EXCETO DESCritAS EM COBERTURA).
- F) CIRURGIAS PERIODONTAIS, EXCETO AS DESCritAS NAS COBERTURAS.
- G) TOMOGRAFIAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS.
- H) PROCEDIMENTOS QUE NÃO CONSTEM NO ROL DE COBERTOS OU NO ROL DE PROCEDIMENTOS MÍNIMOS DAANS.
- I) QUALQUER PRÓTESE PRODUZIDA EM PORCELANA (CERÂMICA) OU METALOCERÂMICA
- J) QUALQUER PROCEDIMENTO QUE POR SUA NATUREZA OU POR NECESSIDADE DO USUÁRIO TENHA QUE SER EXECUTADO EM AMBIENTE HOSPITALAR.

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato tem vigência mínima de 12 (doze) meses, contados a partir da data do primeiro pagamento.

Findo o prazo contratual, caso não haja manifestação contrária, documentada por escrito ou ligação telefônica GRAVADA, da contratante para a contratada, o presente contrato e suas condições, prazos e respectivos termos aditivos, serão renovados automaticamente.

A data prevista para o início da vigência do contrato poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais.

A data do vencimento das parcelas mensais será a da adesão à proposta contratual.

CASO O BENEFICIÁRIO TITULAR SOLICITE A RESCISÃO CONTRATUAL ANTES DO TÉRMINO DA VIGÊNCIA, E TENHA UTILIZADO QUALQUER DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO PLANO, OU ESTEJA EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO COMPROVADO POR LAUDO E RAIOSX, SERÁ COBRADA MULTA RESCISÓRIA DE 20% (VINTE POR CENTO) DO VALOR DEVIDO ANTES DO PERÍODO DE 12 MESES DESTE CONTRATO.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência, contados do início da vigência do Contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 e com as condições estabelecidas pelo plano:

1-) No caso de pagamento com cartão Torra com lançamento mensal deve-se cumprir as seguintes carências.

- a) 24 horas úteis para os procedimentos de urgência e emergência, após o primeiro pagamento.
- b) 30 (trinta) dias após o primeiro pagamento para consultas
- c) 90 (noventa) dias após o primeiro pagamento para demais procedimentos cobertos.

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Não haverá pagamento de agravo ou cumprimento de carências a mais do que as descritas na cláusula XV, para doenças ou lesões preexistentes.

VIII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

São definidos como procedimento de EMERGÊNCIA: os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do profissional assistente;

São definidos como procedimento de URGÊNCIA: casos de acidentes ou doenças que afetam a polpa dos dentes e que causam uma dor aguda muito difícil de suportar.

- a) Os atendimentos de urgência e emergência serão realizados nos consultórios e ambulatórios credenciados para tal finalidade, e expressamente indicados no Manual de Orientação do Usuário, a qualquer hora do dia ou da noite, mediante a apresentação da Carteira de Identificação do Usuário e documento original com foto, após vinte e quatro horas do início de vigência da adesão do Usuário.
- b) Quando não houver profissionais credenciados na cidade, os atendimentos de urgência ou emergência dos eventos cobertos serão reembolsados aos Usuários do presente plano, de acordo com a Tabela de Procedimentos da contratada, à disposição da CONTRATANTE.
- c) O reembolso das despesas a que aludido acima será efetuado no prazo máximo de trinta (30) dias após a entrega à contratada da seguinte documentação:
 - c.1) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
 - c.2) Relatório do cirurgião - dentista, indicando o procedimento realizado, declaração do cirurgião-dentista especificando a razão da urgência e/ou emergência e radiografias inicial e final referentes ao procedimento executado.
- d) A CONTRATADA não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do Usuário, assim entendidas aquelas não constantes do rol de coberturas do plano contratado, nem pelas despesas efetuadas acima dos valores determinados na Tabela de Procedimentos vigente à época da ocorrência.

IX- MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- a) Não haverá, neste contrato, pagamento de franquia, seja com ou sem percentual de coparticipação do beneficiário, em relação aos eventos previstos ou não neste instrumento contratual, pela contratada. **Não há sistema de reembolso neste produto, com exceção do descrito na cláusula para urgências e emergências, sendo certo que os procedimentos odontológicos realizados nos beneficiários somente serão suportados pela contratada se realizados por profissional cirurgião-dentista credenciado na especialidade e indicado como tal no Manual do Usuário.**
- b) A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários do presente Plano de Saúde Odontológico para a garantia da cobertura ora contratada, centros odontológicos, ambulatórios dentários, consultórios e profissionais da área da saúde odontológica CREDENCIADOS. A rede de cirurgiões - dentistas credenciados consta do Manual do Usuário à disposição do CONTRATANTE, no site <https://www.prevident.com.br> e também pode ser obtida através de contato telefônico com o CONTRATADA. A contratada poderá substituir os prestadores de serviços da sua REDE CREDENCIADA, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.
- c) A utilização dos serviços pelos beneficiários, far-se-á mediante assinatura de Guia de Tratamento Odontológico pelo beneficiário, fornecida pela contratada ao cirurgião-dentista credenciado responsável pelo tratamento. A contratada fornecerá aos beneficiários o Cartão de Identificação que é individual e intransferível. Este deverá sempre ser apresentado ao prestador de serviços credenciado, quando da ocorrência de qualquer atendimento, além de documento de identificação do beneficiário com foto.
- d) No caso de realização de exames auxiliares de diagnóstico e tratamento, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento de saúde, além dos documentos descritos acima, guia de encaminhamento, devidamente emitida e assinada pelo cirurgião-dentista responsável pelo tratamento, datada com tempo inferior ou igual a 30 dias.
- e) Qualquer fraude em documento ou informação acarretará a imediata exclusão do beneficiário titular e seus dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

- f) O **BENEFICIÁRIO** será atendido por dentistas credenciados pela **CONTRATADA**, relacionados na rede credenciada do produto, em conformidade com o plano contratado, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO** e de acordo com o dentista.
- g) A qualquer momento, o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.
- h) Os ônus decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** a qualquer consulta será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista o direito de cobrar pela ausência diretamente ao **BENEFICIÁRIO**.

X- DOS CONCEITOS

Para fins deste contrato, considera-se:

- a) **Consulta Inicial:** aquela destinada a exames e diagnóstico para elaboração do plano de tratamento
- b) **Consulta de Emergência:** aquela caracteriza por sofrimento intenso, que justifique um atendimento imediato, tais como, mas não limitados a estes: curativo em caso de odontalgia aguda/pupectomia/necrose; imobilização dentária temporária: recimentação de trabalho protético; tratamento de alveolite; incisão e drenagem de abscesso extra e intraoral; reimplantante de dente avulsionado.
- c) **Consulta para Condicionamento:** o tempo despendido para adaptação do cliente de até 7 (sete) anos de idade ao ambiente clínico do consultório e consequentemente aceite a execução dos procedimentos que forem necessários, de acordo com a cobertura do plano contratado.
- d) **Prazo mínimo para Recorrência:** o tempo aceitável para que um mesmo procedimento seja realizado novamente, tendo em vista as normas técnicas e os padrões odontológicos aceitos. Eventualmente, procedimentos odontológicos solicitados com prazos discrepantes dos prazos aceitáveis poderão ser analisados administrativamente.

XI - FORMAÇÃO DO PREÇO

O presente produto é da modalidade de pré-pagamento, sendo devido pelo beneficiário titular, o pagamento da integralidade do contrato, dividida em até 12 mensalidades, do valor “per capita” descrito na proposta de inscrição multiplicado pelo número de beneficiários que forem inscritos.

XII - PAGAMENTO DE MENSALIDADE

O beneficiário titular é responsável pelo pagamento integral do contrato, dividido em mensalidades, a serem pagas na data ajustada entre as partes, na proposta de inscrição. Caso o beneficiário não receba a fatura, o mesmo deverá procurar a Torra Torra para resolver suas questões financeiras.

- a) Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba o seu boleto bancário ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá entrar em contato com o <<Torra>> .
- b) O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o pagamento no prazo de vencimento mensal.
- c) O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação

- d) O pagamento da mensalidade referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.
- e) Independentemente da utilização dos serviços prestados, é obrigação do **CONTRATANTE** pagar as mensalidades de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos neste contrato.
- f) Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**.

XIII - REAJUSTE

O preço do produto contratado será descrito na Proposta de Inscrição, anexo ao presente, expresso em moeda corrente no País, fixo e reajustável a cada 12 (doze) meses de vigência, com base no IPCA – Saúde ou outro índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

XIV - FAIXAS ETÁRIAS

Não haverá variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade do beneficiário.

XV - BÔNUS - DESCONTOS

Não haverá o pagamento de bônus, descontos ou agravamentos da mensalidade.

XVI - RESCISÃO E SUSPENSÃO

- A) O PRESENTE CONTRATO SERÁ RESCINDIDO DE PLENO DIREITO, A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO TITULAR, POR TELEFONE MAIS GRAVADO À ESTA OPERADORA OU POR ESCRITO E ASSINADO, A QUALQUER MOMENTO. FEITA A SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO E GERADO PROTOCOLO PELA OPERADORA, **IMEDIATAMENTE**, ENCERRA-SE O DIREITO DO USO DO PLANO ODONTOLÓGICO, TANTO DO TITULAR, QUANTO DE TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
- B) NÃO HAVERÁ ÔNUS NO CANCELAMENTO, CASO O MESMO SEJA FEITO APÓS O PERÍODO DE 12 MESES DA ASSINATURA DESTE CONTRATO E QUE TODAS SUAS MENSALIDADES ESTEJAM DEVIDAMENTE QUITADAS.
- C) CASO O BENEFICIÁRIO TITULAR SOLICITE A RESCISÃO CONTRATUAL ANTES DO TÉRMINO DA VIGÊNCIA, E TENHA UTILIZADO QUALQUER DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO PLANO, OU ESTEJA EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO COMPROVADO POR LAUDO E RAIOS-X, SERÁ COBRADA MULTA RESCISÓRIA DE 20% (VINTE POR CENTO) DO VALOR DEVIDO ANTES DO PERÍODO DE 12 MESES DESTE CONTRATO.
- D) CASO O BENEFICIÁRIO SOLICITE A RESCISÃO CONTRATUAL E ESTEJA EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO, ASSUMIRÁ INTEGRALMENTE A RESPONSABILIDADE POR EVENTUAIS PREJUÍZOS CAUSADOS PELA INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO, ISENTANDO A CONTRATADA.
- E) O PRESENTE CONTRATO SERÁ RESCINDIDO DE PLENO DIREITO, INDEPENDENTE DE NOTIFICAÇÃO E/OU INTERPELAÇÃO JUDICIAL, PELA OPERADORA E SERÁ COBRADA MULTA RESCISÓRIA DE 20% (VINTE POR CENTO) DO VALOR DEVIDO ANTES DO PERÍODO DE 12 MESES DESTE CONTRATO NAS SEGUINTE HIPÓTESES:
 - E.1) FRAUDE OU DOLO.
 - E.2) O NÃO PAGAMENTO DA PARCELA MENSAL POR PERÍODO CUMULATIVO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, A CADA ANO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO.
 - E.3) SE QUALQUER BENEFICIÁRIO IMPEDIR OU DIFICULTAR QUALQUER EXAME OU DILIGÊNCIA NECESSÁRIA À RESSALVA DOS DIREITOS DA PREVIDENT.

XVII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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, respeitando o que determina a cláusula XVI.

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.

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

XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

A tolerância de qualquer uma das partes, em benefício da outra, que permita inobservância, mesmo que por omissão, no todo ou em parte, de qualquer das obrigações deste contrato, não poderá ser entendida como novação, nem tampouco poderá liberar, desonrar ou de qualquer modo, modificar, afetar ou prejudicar o efetivo cumprimento das obrigações contratuais.

XIX - ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem o Foro da Comarca da Sede da residência do beneficiário titular para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

E, assim, por estarem concordes nos termos acima as partes contratantes firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, juntamente e, assistidas por duas testemunhas.