

Prezado cliente,

Bem-vindo ao **Caedu Odonto**.

Disponibilizamos diversas opções de contato para atender você com o máximo de qualidade.



SAC Exclusivo

SP (11) 4861.2434 | 3003.9420

Entre em contato SEMPRE que precisar



WhatsApp

(11) 4861.2434

Adicione o número no seu celular para
conversar com nossos assistentes



Chatbot

www.sempreodonto.com.br

Mais uma opção para você estar SEMPRE em contato



A carteirinha do seu plano é digital

Baixe o app Caedu Odonto



Site Exclusivo

www.sempreodonto.com.br/caeduodonto

Aqui você encontra tudo sobre o **Caedu Odonto**



**Você está
concorrendo a R\$5.000,00.
Esse é seu número da sorte!**

Com o Caedu Odonto é assim. Precisou, a gente atende.

Caedu Odonto

RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA DE MENSALIDADE NO CARTÃO CAEDU

1. CONTRATADA: A Sempre Odonto Planos Odontológicos Ltda., CNPJ 04.222.235/0001-89, registro ANS nº 41465-4, assegurará através do presente contrato a prestação de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde Individual Familiar, na modalidade Assistência Odontológica, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, abrangendo cobertura de serviços de Assistência Odontológica, editado pela ANS, vigente na data da contratação, através da cobertura, pela Contratada, das despesas assistenciais com atendimentos odontológicos discriminados no **Plano Caedu Odonto**, registrado na ANS sob o nº 481.294/18-8, realizados pela Rede Credenciada diretamente aos Usuários regularmente inscritos na forma e condições deste instrumento.

2. CONTRATANTE: O Usuário Titular e seus dependentes, se inscritos, limitados a **4** (quatro) dependentes. Cada dependente inscrito pagará mensalmente pelo plano em fatura cobrada do titular.

3 PROMOÇÃO SEM CARÊNCIAS PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS: De 01/09/2025 até 30/09/2025

Para ter direito as coberturas e procedimentos garantidos no presente contrato, os Usuários deverão cumprir os seguintes períodos de carência, que serão contados a partir da adesão ao plano:

PROCEDIMENTOS	PROMOÇÃO SEM CARÊNCIA
Urgências e Emergências 24h	SEM CARÊNCIA
Consultas	
Radiologia Simples (em consultório)	
Prevenção	
Endodontia, Cirurgia e Periodontia	
Dentística (obturações) e Radiologia Especial (panorâmica e levantamento radiográfico)	
Prótese (conforme rol ANS de procedimentos cobertos)	

4 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É garantida pela Contratada a cobertura dos atendimentos nos casos de urgência e de emergência, decorrentes de odontalgias e hemorragias, incluindo: **a)** Curativo em caso de hemorragia bucal; **b)** Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; **c)** Imobilização dentária temporária; **d)** Recimentação de peça protética; **e)** Tratamento de alveolite; **f)** Colagem de fragmentos; **g)** Incisão e drenagem de abscesso extraoral e intraoral; **h)** Reimplante de dente avulsionado; **d)** Demais procedimentos de urgência/emergência dispostos no rol ANS de procedimentos vigente.

A condição de urgência/emergência deverá ser atestada pelo dentista prestador do serviço, após análise preliminar e inicial. Situações não emergenciais deverão respeitar os prazos de carência e o agendamento prévio.

5 CARTEIRINHA DO PLANO

O Usuário terá acesso a sua carteirinha digital do plano e de seus dependentes no site www.sempreodonto.com.br/caeduodonto ou no aplicativo. A utilização do plano odontológico não depende da carteirinha, bastando apresentar um documento de identificação com foto.

6 REDE CREDENCIADA

O Usuário Titular declara ter ciência da Rede Credenciada disponível no site www.sempreodonto.com.br/caeduodonto, devendo a mesma ser consultada com frequência.

7 EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura do contrato: **a)** Eventos não previstos no rol de procedimentos odontológicos e procedimentos bucomaxilares e respectivas despesas hospitalares, vigentes à época do evento; **b)** Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório; **c)** Qualquer procedimento realizado antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como aquele que eventualmente for realizado após a rescisão do presente contrato; **d)** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; **e)** Procedimentos odontológicos para fins estéticos, bem como prótese (ex. dentaduras, próteses fixas e removíveis, entre outros) ou órteses para o mesmo fim; **f)** Medicamentos importados ou não, sem registro vigente na ANVISA; **g)** Fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar; **h)** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; **i)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pela autoridade competente; **j)** Consultas domiciliares, manutenção ortodôntica, documentação ortodôntica, implante.

Ortodontia - Cabe ao Usuário assumir o **PAGAMENTO DE TAXAS MENSAIS** pela manutenção de aparelho e documentação ortodôntica (radiografias e fotografias) necessárias ao planejamento e à confecção dos aparelhos, que deverá ser feito, mensal e diretamente, ao dentista. A primeira mensalidade é quitada na consulta que se realizará a moldagem e a modelagem para confecção do aparelho.

8 FRANQUIA

O plano contratado não está sujeito à franquia.

9 MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Alguns procedimentos podem demandar autorização prévia da Operadora.

9.2 Para utilizar a Rede Credenciada, o Usuário deverá marcar a consulta com antecedência, exceto para casos de urgência.

10 VIGÊNCIA – DURAÇÃO DE CONTRATO

Vigência de 12 meses com renovação automática e prorrogação indeterminada. O contrato poderá ser rescindido a qualquer momento por parte do Contratante. Em caso de inadimplência, pelo período superior a 60 dias, o contrato será rescindido por parte da Contratada.

11 DO PREÇO MENSAL E REAJUSTE

O Usuário Titular declara estar ciente que o plano é cobrado **mensalmente** e **por pessoa inscrita**, incluindo dependentes, considerada a tabela vigente à época da inscrição para fins de cobrança. O reajuste é anual de acordo com a variação do índice IPCA. A cada inclusão de dependente, o valor diminui:

	Caedu Odonto		Caedu Odonto Plus	
	Preço Unitário	Preço Total	Preço Unitário	Preço Total
1 vida	R\$ 34,99	R\$ 34,99	R\$ 49,99	R\$ 49,99
2 vidas	R\$ 33,99	R\$ 67,98	R\$ 48,99	R\$ 97,98
3 vidas	R\$ 32,99	R\$ 98,97	R\$ 47,99	R\$ 143,97
4 vidas	R\$ 32,49	R\$ 129,96	R\$ 47,49	R\$ 189,96
5 vidas	R\$ 31,99	R\$ 159,95	R\$ 46,99	R\$ 234,95

12 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O Usuário Titular consente neste ato que a Sempre Odonto utilize seus dados pessoais, exclusivamente, para a execução das atividades necessárias ao serviço contratado, incluindo a utilização dos dados por dentista atendente e desconto farmácia, utilizando-os apenas em caso de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito, por determinação judicial ou por requisição da ANPD. Os dados em hipótese alguma poderão ser compartilhados ou utilizados para outros fins. A política completa de privacidade da Sempre Odonto encontra-se descrita no site www.sempreodonto.com.br.

13 DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

O Usuário Titular declara plena ciência que as Condições Gerais completas, o Guia De Leitura Contratual, a Rede Credenciada, a Área de Abrangência e os valores de eventuais franquias estão disponíveis no site www.sempreodonto.com.br/caeduodonto. Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento: SP (11) 4861-2434 | Demais localidades 3003-9420.

AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA NO CARTÃO CAEDU

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, ciente de que as Condições Gerais (resumo e completa), o Guia De Leitura Contratual, a Rede Credenciada e a Área de Abrangência estão disponíveis no site www.sempreodonto.com.br/caeduodonto, que o prazo de vigência é de 12 meses com prorrogação automática e pode ser rescindido a qualquer momento, do reajuste anual de acordo com a variação do índice IPCA e que deverei respeitar os prazos de carência da cláusula 3 no Resumo das Condições Gerais, autorizo a cobrança da mensalidade do plano odontológico por pessoa inscrita, na fatura do MEU CARTÃO DE CRÉDITO referente à minha adesão e de dependentes e agregados, se houver, ao plano odontológico.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Usuário Titular do plano odontológico **Caedu Odonto**:
