

CONDIÇÕES GERAIS – SEMPRE ODONTO

Guia de Leitura Contratual

Operadora: Sempre Odonto Planos Odontológicos Ltda. CNPJ:
04.222.235/0001-89

Nº de registro da ANS: 41465-4

Nº de registro Produto: 499323243

Site: www.sempreodonto.com.br

Para consultas, informações gerais e reclamações, ligue para a central de atendimento exclusiva para clientes:

Central de Atendimento, dias úteis no horário de 8 às 20 h e sábados 9 às 18 h SP (11) 4861-2434

RJ (21) 3172-9500

AM (92) 3878-6030

PE (81) 3334-5475

Demais localidades 3003-9420

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletiva por Adesão ou Coletiva Empresarial.	8
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.	8
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	N/A
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 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.	8
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.	10

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.	8
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	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
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. 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.	10
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), 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.	12
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.	15
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 de idade do beneficiário.	13
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 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 o 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.

Sumário

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL	1 / 2
I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA	4
II. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	4
III. OBJETO DO CONTRATO	4
IV. NATUREZA DO CONTRATO	6
V. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	6
VI. TIPO DE CONTRATAÇÃO	6
VII. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	6
VIII. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO	6
IX. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	6/7
X. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	8
XI. EXCLUSÕES DE COBERTURA	8/9
XII. VIGÊNCIA	10
XIII. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA	10
XIV. CARÊNCIA	10
XV. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	10
XVI. ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	11
XVII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	12
XVIII. FORMAÇÃO DE PREÇO	12
XIX. PAGAMENTO DA MENSALIDADE	13
XX. REAJUSTE	13
XXI. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	13
XXII. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	14
XXIII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	14
XXIV. RESCISÃO	15
XXV. DISPOSIÇÕES GERAIS	15/16/17
XXVI. DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	18/19/20/21/22
XXVII. ELEIÇÃO DE FORO	22
ANEXO I – COBERTURA DO PLANO.....	23/24/25/26
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE	27/28/29/30/31

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL OU FAMILIAR POR COBERTURA DE CUSTOS ASSISTENCIAIS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

- 1.1** **SEMPRE ODONTO PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.222.235/0001-89, registrada na ANS sob o nº 41465-4 e no CRO-RJ sob o nº 1792 e no CRO-SP sob o nº 022741, classificada como Operadora na ANS na modalidade Odontologia de Grupo, neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

II. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

- 2.1** A **CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.
- 2.2** A **CONTRATANTE** é identificada neste contrato como **BENEFICIÁRIO TITULAR**, devendo este indicar expressamente na Proposta de Adesão os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** e **AGREGADOS** que integrarão o contrato.
- 2.3** **BENEFICIÁRIO TITULAR, BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** e **BENEFICIÁRIOS AGREGADOS**, no conjunto, serão denominados, simplesmente, **BENEFICIÁRIOS**.

III. OBJETO DO CONTRATO

- 3.1** O objeto deste Contrato é a cobertura de custos das despesas de procedimentos odontológicos prestados por Rede Credenciada da **CONTRATANTE** e também por dentistas não credenciados, através da prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, aos Beneficiários indicados no momento da contratação, conforme previsto no inciso I, art. 1º, da Lei nº 9.656/98, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento e a cobertura contratada.
- 3.2** A Proposta de Adesão, a tabela de eventos cobertos e a tabela de reembolso, bem como os demais documentos necessários a formalização e operação deste plano são parte integrante deste Contrato.

IV. DAS DEFINIÇÕES

4.1 Para efeito deste Contrato deverão ser consideradas as seguintes definições:

Agência Nacional de Saúde-ANS	Órgão do Governo Federal responsável pela regulação, fiscalização e normatização da atividade de plano de saúde.
Área de Abrangência Geográfica	É a área em que a Operadora está obrigada a garantir todas as coberturas contratadas.
Beneficiário	É a pessoa física, indicada na Proposta de Adesão, inscrita no plano odontológico como titular ou dependente.
Carência	Define-se como o prazo ininterrupto, sempre contado da data de assinatura da Proposta de Adesão, no qual o Beneficiário e seus dependentes pagam as mensalidades, sem contudo não poderem utilizar as coberturas contratadas.
Cartão de Identificação	Documento gerado por meio digital que identifica os Beneficiários e seu código de inscrição no plano odontológico
Cobertura	São todos os eventos cobertos pelo plano e por ele garantidos
Contratada	É a pessoa jurídica operadora de plano odontológico que se obriga a garantir a prestação continuada de serviços odontológicos aos Beneficiários.
Contratante	É a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão, contratante do plano odontológico para si e para seus dependentes.
Contrato de Plano Odontológico	Contrato firmado entre a Operadora e o Contratante para garantir a prestação dos serviços de assistência odontológica, nos limites do Plano contratado, para o Contratante e seus dependentes, se houverem.
Mensalidade	É o valor pré-estabelecido, definido na Proposta de Adesão, que será pago mensalmente pelo Contratante, sempre considerado o número de Beneficiários inscritos, independente da utilização do plano.
Procedimentos Odontológicos	São todos os tratamentos, eventos e procedimentos necessários a manutenção da saúde bucal bem como reparar problemas de saúde oral.
Proposta de Adesão	É o documento preenchido e assinado pelo Contratante, no qual se tem a qualificação completa de todos os beneficiários, a opção do plano, valor da mensalidade, forma de pagamento e demais informações necessárias a contratação do plano odontológico.
Rede Credenciada	É o conjunto de Dentistas e Clínicas Credenciados da Operadora que estão a disposição do Contratante e seus dependentes
Tabela de Reembolso	É a relação de eventos cobertos e seus respectivos valores os quais serão reembolsados ao Beneficiário Titular quando este e ou seus dependentes utilizarem dentistas não credenciados.
Tabela de Procedimentos Cobertos	É a relação de eventos garantidos pelo plano pelos quais os Beneficiários e seus dependentes não precisam pagar.

V. NATUREZA DO CONTRATO

- 5.1** O presente Contrato possui natureza bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, considerando-se ainda, esta avença, um contrato aleatório, nos termos dos artigos 458 a 461, da Lei nº 10.406/02 (Código Civil), e um contrato de adesão, nos termos do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).
- 5.2** Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

VI. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 6.1** O Plano Privado de Assistência a Saúde ora contratado é o **ODONTO ESKALA** registrado na ANS sob o nº **499323243**.

VII. TIPO DE CONTRATAÇÃO

- 7.1** O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado destina-se à contratação Individual ou Familiar.

VIII. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

- 8.1** A segmentação assistencial do plano incluído neste contrato é exclusivamente odontológica.

IX. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO

- 9.1** Fica estabelecido pelas partes que a cobertura do Plano **ODONTO ESKALA**, ora contratado possui abrangência **Nacional**.

X. ÁREA DE ATUAÇÃO

- 10.1** O Plano possui atuação nacional, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pelo **BENEFICIÁRIO**.

XI. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 11.1** São **BENEFICIÁRIOS** deste contrato o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** e **BENEFICIÁRIOS AGREGADOS**.

- 11.2** 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 até 24 anos, **d)** Os Tutelados e menores sob guarda

- 11.3** Podem ser incluídos, ainda, como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato os **BENEFICIÁRIOS agregados** do **BENEFICIÁRIO titular** a seguir relacionados:

a) pai, mãe, irmãos, avós, filhos maiores, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrastra, enteado(a), cunhado(a) e concunhado(a).

- 11.4** A inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** e **AGREGADOS** nas mesmas condições do titular, durante a vigência deste contrato, somente será admitida pela **CONTRATADA**, por ocasião de nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos ou casamento, e desde que solicitada no prazo máximo de até 30 (trinta) dias da data do nascimento, casamento ou da guarda judicial, sendo aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou **DEPENDENTE** adotante.

11.5 Ultrapassado o período de 30 (trinta) dias a contar da contratação do Plano será obrigatório o cumprimento de período de carência para a inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, previstos na cláusula 11.2 deste Instrumento.

11.5.1 Para efetivação destas inscrições o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar à **CONTRATADA** a documentação comprobatória da referida relação de dependência.

11.6 Os menores de 18 anos poderão ser **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, ou seja, **CONTRATANTES**, devendo nesse caso, ser representados ou assistidos na forma da legislação civil, desde que possuam CPF, conforme a legislação vigente

11.6.1. O **CONTRATANTE** ou o responsável maior de idade indicado na Proposta de Adesão deverá responder por todos os dados incluídos na Proposta de Adesão, apresentando os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como, carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento e/ou casamento.

11.7 A omissão de informações visando auferir vantagens para si próprio ou para qualquer outra pessoa, caracteriza ato ilícito no Código Civil Brasileiro, acarretando aplicação de todas as penalidades cabíveis, bem como, ressarcimento de prejuízos causados.

11.8 A **CONTRATADA** fornecerá para cada **BENEFICIÁRIO** cartão de identificação virtual para acesso a dentistas pertencentes à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, e compatíveis com o Plano ora contratado, desde que acompanhado de documento de identificação com foto e comprovante de pagamento.

Caso o **BENEFICIÁRIO** não esteja portando o cartão de identificação virtual poderá apresentar-se para a rede credenciada portando documento com foto e número do CPF.

Seguem abaixo as formas de obtenção da Carteirinha Virtual:

No Aplicativo da **CONTRATADA** (Sempre Odonto),

Através da área restrita do beneficiário no site da **CONTRATADA** (www.sempreodonto.com.br),

Através Central de Atendimento, dias úteis no horário de 8 às 20 h e sábados 9 às 18 h

SP (11) 4861-2434

RJ (21) 3172-9500

AM (92) 3878-6030

PE (81) 3334-5475

Demais localidades 3003-9420

11.9 A **CONTRATADA** permitirá que o **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato em razão da extinção da relação de dependência, seja incluído em novo contrato com igual cobertura, o qual deverá ser celebrado em até 30 (trinta) dias após a data de sua exclusão, para aproveitamento do período de carência já cumprido no contrato anterior. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de novo período de carência.

11.9.1 A exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** do presente contrato, ressalvadas as hipóteses de rescisão por inadimplência e/ou fraude, não necessariamente extingue o presente contrato, sendo facultado aos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção de todas as obrigações decorrentes do presente Instrumento, desde que no prazo de 30 (trinta) dias seja expressamente manifestado o interesse na manutenção do Plano Odontológico, devendo ser indicado o responsável pelo pagamento, que será nomeado o **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

11.9.2 Diante da alteração prevista na cláusula anterior, a formalização ocorrerá através de aditivo contratual, assinado pelas Partes.

11.10 Em caso de falecimento do **BENEFICIÁRIO TITULAR** será efetivada, desde que seja formalizada por outro **BENEFICIÁRIO** do contrato e na data do próximo vencimento da mensalidade. Nos casos de óbito do titular e/ou responsável, o **CÔNJUGE BENEFICIÁRIO** ou **BENEFICIÁRIO** mais idoso, passará a ser responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o novo **BENEFICIÁRIO TITULAR**. Nesses casos, deverá ser comunicada a alteração à **CONTRATADA**, bem como, a apresentação de Certidão de Óbito para determinar a exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

XII. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

12.1 A cobertura assistencial do Plano ora contratado contempla as coberturas e procedimentos previstos no art. 12, IV, da Lei 9.656/98, compreendendo todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos de diagnóstico, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia e seu detalhamento encontra-se descrito no **Anexo I** deste Contrato.

12.2 Também estão cobertos pelo Plano ora contratado os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

12.3 O Rol de Procedimentos Odontológicos definido pela ANS, na RN nº 338/2013 e suas atualizações pode ser consultado no site www.ans.gov.br.

12.4 A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere aos **BENEFICIÁRIOS** integrantes do Plano direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

XIII. EXCLUSÕES DE COBERTURA

13.1 Estão excluídos da cobertura prevista neste Contrato como também de Reembolso os seguintes serviços:

13.1.1 Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento ou que não façam parte dos procedimentos cobertos neste plano.

13.1.2 Procedimentos realizados após a rescisão deste Contrato.

13.1.3 Procedimentos que requeiram atendimento hospitalar ou domiciliar.

13.1.4 As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar.

13.1.5 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.

13.1.6 As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência à saúde, diferente do plano odontológico.

13.1.7 Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.

13.1.8 A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais.

13.1.9 Procedimentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

13.1.10 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

XIII. EXCLUSÕES DE COBERTURA

13.1 Estão excluídos da cobertura prevista neste Contrato como também de Reembolso os seguintes serviços:

13.1.1 Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento ou que não façam parte dos procedimentos cobertos neste plano.

13.1.2 Procedimentos realizados após a rescisão deste Contrato.

13.1.3 Procedimentos que requeiram atendimento hospitalar ou domiciliar.

13.1.4 As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar.

13.1.5 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.

13.1.6 As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência à saúde, diferente do plano odontológico.

13.1.7 Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.

13.1.8 A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais.

13.1.9 Procedimentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

13.1.10 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

13.1.11 Serviços em ouro ou qualquer outro tipo de metal nobre.

13.1.12 Procedimentos realizados diretamente em laboratório de prótese.

13.1.13 Transporte do paciente

13.1.14 Faltas a consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, que deverão ser indenizadas pelo BENEFICIÁRIO Titular, em importância equivalente ao menor valor estabelecido para consulta na Tabela adotada entre a Operadora e o prestador.

13.1.15 Procedimento clínico ou cirúrgico experimental.

13.1.16 Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na Cláusula de Reembolso de Despesas.

13.1.17 Procedimentos clínicos e cirúrgicos com fins estéticos bem como órteses e próteses.

13.1.18 Transplantes e implantes incluídas as próteses necessárias.

13.1.19 - Custos com manutenção mensal de ortodontia.

XIV. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

14.1 O presente Contrato terá vigência de 12 (doze) meses, vigorando pelo prazo mínimo de 01 (um) ano, tendo seu início na assinatura do contrato ou do aceite da contratação ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

14.2 A data de vencimento das parcelas mensais será a da data de Solicitação de Contratação do Plano Odontológico.

14.3 Em conformidade com o art. 13, da Lei 9.656/98, após o prazo mínimo de vigência estipulado neste Contrato, não havendo manifestação expressa do **BENEFICIÁRIO TITULAR** no prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência, o contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação ou cumprimento de novos prazos de carência.

XV. PERÍODOS DE CARÊNCIA

15.1 Carência é o período corrido e ininterrupto em que os **BENEFICIÁRIOS TITULARES** e **DEPENDENTES** devem aguardar para utilização de determinadas coberturas previstas em contrato após a contratação do plano.

15.1.1 Serão observados os seguintes prazos de carência, a contar da data de assinatura do contrato:

Prazos de Carência	Especialidade
24 horas	Clínicas de Urgência e Emergência
90 dias	Consultas, Radiologia simples, Prevenção, Cirurgia, Tratamento de canal, Raspagem de tártaro, Tratamento de gengiva, Obturações e Radiologia especial (panorâmica)
180 dias	Próteses (cobertura Rol RN 211) bloco em metal, coroa e pino

XVI. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16. 1 São considerados como casos de urgência aqueles em que há necessidade de pronto atendimento para supressão de dor intensa e hemorragias. As emergências são caracterizadas por necessitarem de atuação imediata sob risco de vida do paciente.

16. 2 Quando não for possível o uso da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, a mesma reembolsará as despesas com o atendimento de urgência/emergência comprovada (de acordo com a descrição do Rol de Procedimentos da ANS), desde que ocorrido no território nacional.

16.3 - O reembolso será efetuado respeitadas as regras e condições dispostas na cláusula 17 deste contrato.

16.4 Adicionalmente, nos casos de urgência, os Usuários terão direito a utilização do serviço SOS ODONTO que consiste em orientação e atendimento telefônico para casos de urgência.

16.5 O serviço SOS ODONTO deverá ser acionado exclusivamente nos casos de dor e urgência, através de central de atendimento telefônica.

16.6 A assistência será prestada desde que o local indicado pelo Usuário não comprometa ou ponha em risco a segurança e a integridade física dos membros da equipe atendente e que ofereça condições de acessibilidade para a prestação da assistência, podendo a prestadora de serviços não realizar o atendimento ou ainda encaminhar o usuário para uma unidade física.

16.7 Os serviços descritos nesta cláusula somente poderão ser prestados aos Usuários contratantes não podendo ser transferidos a terceiros, podendo a prestadora solicitar a apresentação de documentações comprobatórias devidas.

XVII. DA LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES E REEMBOLSO

17.1 Além do atendimento na Rede Credenciada da **CONTRATADA**, os **BENEFICIÁRIOS** poderão utilizar livremente consultórios e clínicas de sua livre escolha, assistindo-lhes, nestes casos, o direito a reembolso das despesas, dentro do limite contratual de cobertura e abrangência geográfica, conforme valores estabelecidos na Tabela de Reembolsos disponível no endereço eletrônico www.sempreodonto.com.br

17.2 Todos os reembolsos serão efetuados de acordo com as normas administrativas da **CONTRATADA**, mediante a apresentação de documentos, recibos ou notas fiscais e laudos odontológicos, indispensáveis em seus originais, conforme definido a seguir, visando sempre cálculos corretos para o cumprimento deste contrato e em conformidade com o plano contratado:

- recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta;
- nome completo do **BENEFICIÁRIO** atendido;
- nome completo do titular ou responsável pelo contrato;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- assinatura do responsável pela realização do atendimento (dentista);
- CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clínica;
- data de realização do evento;
- radiografia inicial (quando aplicável clinicamente (para tratamentos e retratamentos de canal e próteses cobertas)
- radiografia final (quando aplicável clinicamente (para tratamentos e retratamentos de canal e próteses cobertas)

17.3 Dados necessários para pagamento do Reembolso: CPF do titular do plano, conta bancária, nome e número do banco e da agência bancária, sempre do **BENEFICIÁRIO** Titular.

17.4 Os documentos (recibos e laudos) deverão ser entregues ou enviados à **CONTRATADA** no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data em que ocorrer o evento odontológico, perdendo o Beneficiário o direito ao reembolso se não o solicitar no prazo ora definido.

17.5 O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em um prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de entrega da documentação completa na central de reembolso da **CONTRATADA**.

17.6 Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar do **BENEFICIÁRIO** a documentação, informações complementares ou auditoria sobre o procedimento a ser reembolsado, no prazo de até 30 (trinta) dias após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias a partir do cumprimento das solicitações.

17.7 Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como titular do plano, sendo indispensável a apresentação do seu CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

17.8 Não haverá reembolso:

17.8.1 De despesas com serviços não previstos na cobertura do Plano ora contratado;

17.8.2 De despesas com serviços realizados fora da abrangência geográfica do Plano ora contratado;

16.8.3 Caso seja efetivamente constatada fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

17.9 Em caso de rescisão contratual, os **BENEFICIÁRIOS** terão o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do último dia de vigência contratual, para solicitar o reembolso e encaminhar a documentação completa requerida pela **CONTRATADA**.

17.10 A tabela de eventos indenizáveis será reajustada anualmente de acordo com a variação do **IPCA** (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado) apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos com aniversário sempre no mês de setembro de cada ano.

XVIII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

18.1 A **CONTRATADA** divulgará sua Rede Credenciada por meio das seguintes de seu endereço eletrônico (www.sempreodonto.com.br), por meio de aplicativo e através de sua Central de Atendimento Telefônico.

18.2 Para utilizar os serviços da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, o **BENEFICIÁRIO** deverá marcar a consulta com antecedência, exceto para casos de urgência/emergência.

18.3 O **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar, em todas as consultas, a carteira de identificação do plano mais um documento de identidade com foto expedido por um órgão público ou, no caso de menor de idade, documento de identidade do responsável.

18.4 A **CONTRATADA** se reserva o direito de, a qualquer tempo, mediante agendamento prévio, solicitar a realização de auditoria clínica visando o esclarecimento de dúvidas técnicas e a garantia do padrão de qualidade e atendimento.

18.5 Os serviços não cobertos pelo Plano ora contratado, quando realizados na Rede Credenciada da **CONTRATADA**, serão pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ao cirurgião-dentista ou clínica responsável pelo serviço e serão cobrados, de acordo com os valores negociados entre o beneficiário e o cirurgião-dentista ou clínica responsável, não cabendo à **CONTRATADA** nenhuma responsabilidade Técnica ou financeira sobre o tratamento.

18.5.1 Todas as condições de pagamento serão acordadas entre o **BENEFICIÁRIO** e o cirurgião-dentista ou clínica responsável pela realização dos procedimentos.

18.5.2 As obrigações fiscais, inclusive a emissão de recibos/notas fiscais, serão de responsabilidade exclusiva do cirurgião-dentista ou clínica responsável pela realização dos procedimentos.

18.6 Quaisquer dúvidas ou divergências de natureza odontológica, relacionadas com o objeto deste Contrato, serão resolvidas diretamente pelas partes: **BENEFICIÁRIO** e **CONTRATADA**.

18.6.1 Os casos de impasse serão solucionados por uma junta odontológica composta por três cirurgiões dentistas, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, um nomeado pela **CONTRATADA**, e um terceiro, com atribuição de desempate, escolhido pelos outros dois profissionais nomeados.

18.6.2 Não havendo consenso sobre a escolha do terceiro profissional, com atribuição de desempate, esta designação será solicitada ao presidente da Associação dos Cirurgiões-Dentistas da região do **BENEFICIÁRIO**.

18.6.3 Cada parte pagará os honorários do seu profissional nomeado, exceto se o profissional nomeado pelo **BENEFICIÁRIO** pertencer à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados, ficando a remuneração do terceiro profissional sob responsabilidade da **CONTRATADA**.

18.7 Havendo solicitação de exames por cirurgião dentista não credenciado à operadora, não haverá restrição na autorização, desde que os exames solicitados sejam cobertos pelo plano contratado.

18.8 Não haverá co-participação ou franquia para nenhum dos eventos cobertos.

XIX. FORMAÇÃO DE PREÇO

19.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são pré-estabelecidos, ou seja o valor da mensalidade é ajustado antes da utilização do plano.

XX. PAGAMENTO DA MENSALIDADE

- 20.1** As mensalidades que o **BENEFICIÁRIO** titular pagará à **CONTRATADA** serão devidas por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS** dependentes e agregados, se inscritos, na importância definida no aceite de Contratação, devendo ser paga através da opção informada na Proposta de Adesão.
- 20.2** Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de aceite de Contratação, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário, devendo ser pagas na forma escolhida na Proposta de Adesão pelo Beneficiário Titular
- 20.3** O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- 20.4** 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.
- 20.5** O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.
- 20.6** Se durante a vigência do presente Contrato a forma de pagamento escolhida pelo Beneficiário Titular for comprovadamente inviável, qualquer que seja o motivo, a **CONTRATADA**, automaticamente emitirá cobrança bancária.
- 20.7** Caso o Beneficiário Titular não receba a cobrança até 2 (dois) dias úteis antes do vencimento, deverá o mesmo imediatamente entrar em contato com a **CONTRATADA**, que orientará sobre a realização do pagamento dentro do prazo de seu vencimento.
- 20.10** O pagamento antecipado de mensalidades não isenta ou reduz prazos de carência.

XXI. REAJUSTE

- 21.1** O valor das mensalidades será reajustado anualmente de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado) apurado no período de 12 (doze) consecutivos, tomando-se por base a variação ocorrida no mês anterior à contratação e no mês anterior ao aniversário do contrato, de forma que as partes tenham o conhecimento da variação ocorrida, aprovada e divulgada pela mídia em geral, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano e cabendo a responsabilidade a **CONTRATADA** de informar à ANS, nos devidos prazos os reajustes aplicados.
- 21.2** Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços, este será calculado de acordo com a variação dos custos odontológicos no período avaliado.
- 21.3** Caso uma nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.
- 21.4** Caso o índice de reajuste pactuado neste contrato deixe de existir, a **CONTRATADA** adotará o índice IGPM da Fundação Getúlio Vargas.

XXII. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

- 22.1** Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de **BENEFICIÁRIOS**, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.
- 22.2** A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.
- 22.3** O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

XXIII. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

23.1 O Plano ora contratado destina-se ao **BENEFICIÁRIO**, pessoa física, titular, dependente ou agregado.

XXIV. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

24.1 O **BENEFICIÁRIO** Titular será excluído do presente Contrato quando da ocorrência das seguintes situações:

24.1.1 Quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

24.1.2 Quando este Contrato for rescindido.

24.1.3 Quando ocorrer óbito do **BENEFICIÁRIO** Titular, devendo ser enviada comprovação à **CONTRATADA**.

24.1.4 Quando ocorrer solicitação, por escrito, feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular inscrito no Plano de Benefícios:

24.1.4.1A exclusão realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da inscrição do **BENEFICIÁRIO** no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar do **BENEFICIÁRIO**, a título de cláusula penal, o correspondente a 20% as mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

24.1.4.2 O **BENEFICIÁRIO** Titular excluído nos termos da alínea “24.1.4.1” poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência.

24.2 O **BENEFICIÁRIO** Dependente será excluído do presente Contrato quando da ocorrência das seguintes situações:

24.2.1 Quando perder o vínculo de dependência com o **BENEFICIÁRIO** Titular do Plano.

24.2.2 Quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato

24.2.3 Quando este Contrato for rescindido.

24.2.4 Quando o **BENEFICIÁRIO** Titular for excluído do presente Contrato.

24.2.5 Quando ocorrer óbito do **BENEFICIÁRIO**, devendo ser enviada comprovação à **CONTRATADA**.

24.2.6 Quando ocorrer solicitação à **BENEFICIÁRIO**, por escrito, feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular inscrito no Plano de Benefícios:

24.2.6.1A exclusão realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da inscrição do **BENEFICIÁRIO** no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar da **BENEFICIÁRIO**, o correspondente a 20% das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

24.2.6.2 O **BENEFICIÁRIO** Titular excluído nos termos da alínea “24.2.6.1” poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência.

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

XXV. RESCISÃO

25.1 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 do mesmo, sempre com comunicação prévia ao **BENEFICIÁRIO**.

25.2 O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

25.3 Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

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

25.5 O **BENEFICIÁRIO** terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer antes de completados os 12 (doze) primeiros meses de vigência do contrato, o **BENEFICIÁRIO** pagará multa de 20% das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

XXVI. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1 São obrigações da **CONTRATADA**:

26.1.1 Efetuar os pagamentos, por conta e ordem dos **BENEFICIÁRIOS**, aos cirurgiões-dentistas e clínicas pertencentes a sua Rede Credenciada, dos serviços cobertos pelo Plano ora contratado realizados nos **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato.

26.1.2 Efetuar os reembolsos previstos neste Contrato conforme condições convencionadas.

26.1.3 Disponibilizar uma Rede Credenciada selecionada por critérios de formação profissional, localização, instalações, higiene, equipamentos e habilitação profissional e manter os **BENEFICIÁRIOS** informados quanto às alterações que eventualmente ocorram na relação de credenciados.

26.1.4 Esclarecer plenamente aos **BENEFICIÁRIOS** sobre as corretas condições de utilização do Plano ora contratado, visando a prevenção de erros de expectativa e interpretação.

26.1.5 Os tributos decorrentes dos serviços prestados relacionados a este Contrato, inclusive o ISS, são de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**.

26.1.6 A **CONTRATADA** prestará os serviços seguindo as leis, regulamentos, decretos e/ou decisões governamentais oficiais pertinentes ao país, inclusive, entre outras, aquelas ligadas à saúde, segurança e proteção ao meio ambiente.

26.2 São obrigações do **BENEFICIÁRIO**:

26.2.1 Efetuar os pagamentos à **CONTRATADA** em conformidade com a forma, os valores e as datas estipuladas neste Contrato.

26.2.2 Informar a **CONTRATADA** sobre as atualizações de todos os dados cadastrais exigidos pela legislação vigente.

26.3 Eventuais dúvidas, obscuridades, contradições ou discussões a respeito do cumprimento do presente Contrato deverão ser dirimidas de comum acordo entre as partes.

26.4 Fazem parte do contrato quaisquer documentos entregues ao **BENEFICIÁRIO** que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde.

26.4 Fazem parte do contrato quaisquer documentos entregues ao **BENEFICIÁRIO** que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde.

26.5 Integram este contrato, para todos os fins de direito, O aceite de contratação pelo **BENEFICIÁRIO**, o Cartão de Identificação Virtual, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

26.6 O direito ao credenciamento e descredenciamento, de qualquer prestador de serviço, é de competência exclusiva da **CONTRATADA**, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do atendimento para os seus **BENEFICIÁRIOS**. Em caso de descredenciamento, a **CONTRATADA** providenciará uma alternativa para a continuidade do tratamento.

26.7 O **CONTRATANTE** declara expressamente ter recebido, neste ato, cópia do presente Contrato, que estabelece em linguagem clara e simples sobre todos os direitos e obrigações contratuais, além de formas e condições de utilização do plano contratado, os limites de coberturas, os procedimentos para obtenção de autorizações prévias, bem como informações a forma de verificação dos dentistas que compõe a Rede Credenciada da **CONTRATADA**.

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/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 à 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 **BENEFICIÁRIO** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL: Meio digital onde se determina a identidade do **BENEFICIÁRIO** e código de inscrição.

CO-PARTICIPAÇÃO: 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 convencionado.

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 à 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 **BENEFICIÁRIO** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL: Meio digital onde se determina a identidade do **BENEFICIÁRIO** e código de inscrição.

CO-PARTICIPAÇÃO: 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 convencionado.

DEPENDENTE: **BENEFICIÁRIO** de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um **BENEFICIÁRIO** titular. Pessoa física com vínculo familiar com o **BENEFICIÁRIO** titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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 ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo **BENEFICIÁRIO** à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

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.

TITULAR: é o **BENEFICIÁRIO** de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

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

XXVII. DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

27.1 Política de Privacidade da SEMPRE ODONTO PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA

A **SEMPRE ODONTO** sabe que a privacidade de seus dados pessoais é muito importante, portanto é imprescindível termos transparência e explicarmos como processamos os seus dados em virtude da sua relação de usuário da SEMPRE ODONTO e da sua navegação nos nossos sites e aplicativos.

- O QUE VOCÊ TEM QUE SABER ANTES DE LER ESTA POLÍTICA

Leia abaixo para melhor entender nossa política de privacidade:

- **PRIVACIDADE** é a proteção das informações que dizem respeito à sua vida pessoal, previsto na Constituição Federal, em legislações setoriais (como no Marco Civil da Internet e seu decreto regulamentador e no Código de Defesa do Consumidor), e na Lei 13.709/2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais ("LGPD").
- **DADO** pode ser dado pessoal ou dado pessoal sensível.
- **DADO PESSOAL** é a informação que permite identificar pessoas físicas. Por exemplo, o seu nome, número de identidade, CPF, endereço, dados bancários, localização.
- **DADO PESSOAL SENSÍVEL** é um dado pessoal que reflete aspectos mais íntimos e precisa ser mais protegido. Por exemplo, dados sobre a sua saúde, opinião política e convicção religiosa.
- **TITULAR DE DADOS** é o "dono" dos dados, ou seja, a pessoa a quem os dados se referem. Você é titular dos seus dados pessoais e sensíveis.
- **TRATAMENTO** de dados é qualquer ação que possa ser efetuada com os seus dados. Inclui, por exemplo, o acesso, a coleta, o processamento, o armazenamento e a eliminação.
- **ANONIMIZAÇÃO** é o procedimento técnico utilizado para impedir que determinados dados sejam relacionados à determinada pessoa. As informações anonimizadas não são consideradas dados pessoais.
- **COOKIES** são arquivos ou informações que podem ser armazenadas em seus dispositivos (computador ou celular) quando você visita os sites ou utiliza os serviços online, contendo, em regra, o nome do site que o originou, o seu tempo de visita ao site e uma numeração, que é gerada aleatoriamente. Os COOKIES, basicamente, refletem o seu histórico de navegação e interesses na internet.

- QUAIS DADOS SÃO TRATADOS?

No âmbito das suas atividades, como operadora de Planos Odontológicos, a **SEMPRE ODONTO** trata dados pessoais de seus futuros, atuais e antigos clientes, colaboradores, parceiros de negócio, fornecedores e prestadores de serviço, conforme segue:

(a) fornecidos pelo titular (ou seu representante) e/ou obtidos em virtude do contrato celebrado com a **SEMPRE ODONTO**: podem ser dados pessoais (ex: nome, número de identidade, CPF, endereço, e-mail, número da conta corrente e agência bancária, localização) e dados pessoais sensíveis (ex: dados de saúde);

(b) dados coletados automaticamente em virtude da sua navegação nos sites e aplicativos da **SEMPRE ODONTO** (ex: endereço de IP ou através da identificação que cada aparelho móvel possui);

(c) dados coletados por terceiros (ex: provenientes de intermediários, como corretores, órgãos de proteção do crédito ou prestadores de serviço).

- QUAL A FINALIDADE DE TRATARMOS OS SEUS DADOS?

A **SEMPRE ODONTO** trata os seus dados para finalidades legítimas e específicas, como:

- a)** realizar as tratativas prévias à celebração do contrato dos serviços oferecidos pela **SEMPRE ODONTO** (ex: para cotação e apresentação de proposta para contratação de seu plano odontológico); enquanto o seu contrato estiver ativo, para a gestão e execução do seu contrato em vigor; ou, mesmo após o encerramento do contrato, nas situações previstas nos itens abaixo;
- b)** cumprir obrigações impostas em lei ou pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), órgão regulador das atividades da **SEMPRE ODONTO**, que pode, por exemplo, determinar prazos de guarda de documentos e/ou gravação de atendimentos por telefone;
- c)** exercer o direito de defesa em processo administrativo, judicial ou arbitral, incluindo a resposta a reclamações na Ouvidoria da **SEMPRE ODONTO**, nos PROCONS e demais órgãos fiscalizadores;
- d)** confirmar a sua identificação, investigar e prevenir possíveis infrações, irregularidades ou fraudes e, também, conduzir auditorias, inclusive relacionadas aos sites e aplicativos da **SEMPRE ODONTO**;
- e)** desenvolver e aperfeiçoar os recursos e as funcionalidades dos sites, aplicativos, produtos e serviços da **SEMPRE ODONTO**, para proporcionar uma melhor experiência para você;
- f)** no legítimo interesse da **SEMPRE ODONTO**, quando autorizado em lei, para objetivos lícitos e alinhados com as necessidades da **SEMPRE ODONTO**;
- g)** outras finalidades, por meio da sua autorização expressa (consentimento), nos casos em que a lei determinar.

COM QUEM PODEMOS COMPARTILHAR OS SEUS DADOS?

A **SEMPRE ODONTO** poderá precisar compartilhar os seus dados em determinadas situações, sempre de modo transparente e alinhado com as diretrizes contidas nesta Política. O compartilhamento dos seus dados poderá ser feito com:

- (a) prestadores de serviços, fornecedores de produtos e parceiros de negócio (como corretores e prestadores de serviço) essenciais para as atividades da **SEMPRE ODONTO**, que também possuem obrigação de garantir a proteção dos seus dados pessoais;
- (b) clientes ou estipulantes de contratos de planos odontológicos, para execução do contrato, do qual você participe como beneficiário;
- (c) Autoridades e órgãos governamentais em função de obrigações impostas em leis ou regulamentos ou ainda por agência reguladora a qual somos submetidos;
- (d) no caso de transações e alterações societárias envolvendo a **SEMPRE ODONTO**, nas quais os envolvidos também possuem obrigação de garantir a proteção dos seus dados pessoais;
- (e) entre as empresas do conglomerado da **SEMPRE ODONTO**, com a finalidade de viabilizar a execução do contrato celebrado ou para a oferta de outros produtos ou serviços disponibilizados pela **SEMPRE ODONTO**.

- O QUE ACONTECE COM OS SEUS DADOS APÓS O TÉRMINO DA RELAÇÃO COM A SEMPRE ODONTO?

Atingida a finalidade para o tratamento dos seus dados, eles serão eliminados das nossas bases internas ou serão submetidos ao procedimento de anonimização.

No entanto, caso a **SEMPRE ODONTO** ainda tenha alguma justificativa para manutenção dos dados, eles serão retidos pelo prazo necessário para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória, para o exercício de direito de defesa em processo judicial, administrativo ou arbitral, ou ainda, em determinadas situações, no legítimo interesse da **SEMPRE ODONTO** (como para evitar infrações e fraudes).

- O QUE A SEMPRE ODONTO NÃO FAZ COM OS SEUS DADOS?

A **SEMPRE ODONTO** não vende, não transfere e nem dá acesso aos seus dados a terceiros, exceto para o cumprimento do disposto no item 4 desta Política.

- QUAIS TIPOS DE COOKIES A SEMPRE ODONTO UTILIZA?

A **SEMPRE ODONTO** somente utiliza COOKIES essenciais:

- (a) à navegabilidade dos seus sites e aplicativos, permitindo que as páginas dos ambientes da **SEMPRE ODONTO** carreguem corretamente;
- (b) para melhorar a sua experiência com nossos sites, aplicativos e serviços, permitindo a utilização de todas as funcionalidades disponíveis.

Ao utilizar nossos serviços e canais, você concorda com os COOKIES utilizados pela **SEMPRE ODONTO**, conforme aviso contido em nossos sites e aplicativos.

O atendimento das suas solicitações pela **SEMPRE ODONTO** levará em consideração o respeito à legislação aplicável, e na impossibilidade de atendimento, as respostas serão justificadas.

A **SEMPRE ODONTO** entende que, na qualidade de titular dos seus dados pessoais, você deve ter conhecimento e transparência sobre os seus dados e o modo como eles são tratados e, por isso, disponibiliza o Portal <https://portal.sempreodonto.com.br/privacidade> para receber solicitações relacionadas aos seus dados.

- COMO A SEMPRE ODONTO CUIDA DOS SEUS DADOS?

Seus dados pessoais estão seguros com a **SEMPRE ODONTO**, que toma todas as medidas técnicas necessárias para proteger os seus dados, tais como:

- (a) controle restrito sobre o acesso aos dados, mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acessá-los;
 - (b) estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos dados;
 - (c) política de senha, com padronização de senha forte e com a obrigação de trocas de senhas periodicamente, impedindo a reutilização das senhas anteriores e bloqueio por tentativas sem sucesso;
 - (d) os ambientes onde tratamos seus dados são monitorados por meio de inventário detalhado dos acessos aos registros de conexão e de acesso a aplicações;
 - (e) uso de soluções de gestão dos registros por meio de técnicas que garantem a inviolabilidade dos dados, como encriptação;
 - (f) mecanismos de descarte seguro dos dados, eliminando a possibilidade de restauração;
- manutenção de inventário atualizado de todos os dados armazenados, processados ou transmitidos.

- A SEMPRE ODONTO TRATA DADOS FORA DO PAÍS?

A **SEMPRE ODONTO** é uma empresa com sede e operação no Brasil, mas alguns tipos específicos de tratamento de dados pessoais podem ser eventualmente realizados em outros países, quando necessário para a execução do seu contrato (ex: serviços específicos contratados pela **SEMPRE ODONTO**, como armazenamento de dados em nuvem).

Mesmo nestas situações, os prestadores de serviços contratados pela **SEMPRE ODONTO** estarão submetidos às obrigações legais aplicáveis.

- QUAL A LEI APLICÁVEL A ESTA POLÍTICA DE PRIVACIDADE?

Esta Política de Privacidade será interpretada de acordo com a lei brasileira aplicável e qualquer questão decorrente desta Política deverá ser submetida para julgamento no foro da Comarca da Capital do Rio de Janeiro.

- A QUEM ESSA POLÍTICA DE APLICA?

Esta Política se aplica à **SEMPRE ODONTO PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA**, empresa inscrita no CNPJ sob o nº. 04.222.235/0001-89 e suas filiais.

- A SEMPRE ODONTO TRATA DADOS FORA DO PAÍS?

A **SEMPRE ODONTO** é uma empresa com sede e operação no Brasil, mas alguns tipos específicos de tratamento de dados pessoais podem ser eventualmente realizados em outros países, quando necessário para a execução do seu contrato (ex: serviços específicos contratados pela **SEMPRE ODONTO**, como armazenamento de dados em nuvem). Mesmo nestas situações, os prestadores de serviços contratados pela **SEMPRE ODONTO** estarão submetidos às obrigações legais aplicáveis.

- QUAL A LEI APLICÁVEL A ESTA POLÍTICA DE PRIVACIDADE?

Esta Política de Privacidade será interpretada de acordo com a lei brasileira aplicável e qualquer questão decorrente desta Política deverá ser submetida para julgamento no foro da Comarca da Capital do Rio de Janeiro.

- A QUEM ESSA POLÍTICA DE APLICA?

Esta Política se aplica à **SEMPRE ODONTO PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA**, empresa inscrita no CNPJ sob o nº. 04.222.235/0001-89 e suas filiais.

- ESSA POLÍTICA PODE SER ALTERADA?

A **SEMPRE ODONTO** se reserva o direito de atualizar e alterar esta Política a qualquer momento. Para ter conhecimento dos termos atualizados, acesse os nossos sites

- AINDA FICOU COM DÚVIDAS?

Caso entenda necessário, entre em contato por meio dos canais oficiais de comunicação divulgados no site da **SEMPRE ODONTO**.

27.2. DA PROTEÇÃO DE DADOS PROTEGIDOS

1. A **SEMPRE ODONTO** atua como Controladora dos Dados Protegidos objeto do Contrato e Aditivos; e deverá ser considerada responsável pelo Tratamento dos Dados Protegidos.

2. A **SEMPRE ODONTO** possui e utiliza medidas técnicas e organizacionais apropriadas ao Tratamento de Dados Protegidos (inclusive durante qualquer transferência de Dados Protegidos que permitam garantir que o Tratamento será efetuado de acordo com os requisitos exigidos pela Legislação Aplicável e assegurar a proteção dos direitos dos Titulares; e de forma a garantir um nível de segurança apropriado aos riscos que decorrem do Tratamento, em especial a destruição, perda e alteração acidentais ou ilícitas, bem como a divulgação ou o acesso não autorizados a Dados Protegidos transmitidos, conservados ou sujeitos a qualquer outro tipo de Tratamento.

A **SEMPRE ODONTO** adota medidas para assegurar que o acesso e o Tratamento dos Dados Protegidos fiquem restritos aos colaboradores que precisam efetivamente tratá-los, com o objetivo único de alcançar as finalidades definidas no Contrato, seus aditivos e anexos.

A **SEMPRE ODONTO** assegura que as pessoas alocadas no Tratamento de Dados Protegidos estão vinculadas legalmente e por escrito ao sigilo de todas e quaisquer informações recebidas no desempenho de suas atividades.

O Usuário titular desde já autoriza a SEMPRE ODONTO a compartilhar os Dados Protegidos com terceiros que se façam necessários para a prestação do serviço objeto do Contrato.

Em caso de qualquer Violação de Dados Protegidos referente aos serviços objeto do Contrato que possa acarretar risco ou dano relevante aos Titulares, a **SEMPRE ODONTO** deverá, assim que razoavelmente possível, notificar o Usuário Titular acerca da violação por email ou em endereço constantes no Contrato, sendo suficiente o simples envio para caracterização do cumprimento da obrigação pela **SEMPRE ODONTO** que realizará as notificações de acordo com os prazos e disposições da Legislação Aplicável e manterá o Usuário Titular informado sobre a Violação.

A **SEMPRE ODONTO** tratará os Dados Protegidos para finalidades lícitas relacionadas com a prestação dos serviços e de acordo com os prazos exigidos pela Legislação Aplicável.

A **SEMPRE ODONTO** envidará esforços adequados para assegurar que, antes de partilhar de quaisquer Dados Protegidos nos termos da Cláusula 2, irá fornecer todas as informações de privacidade aos Titulares conforme a Legislação Aplicável, de forma a assegurar que o Tratamento dos Dados Protegidos e seu compartilhamento nos termos deste Contrato estejam de acordo com a Legislação Aplicável.

27.2. DA PROTEÇÃO DE DADOS PROTEGIDOS

1. A SEMPRE ODONTO atua como Controladora dos Dados Protegidos objeto do Contrato e Aditivos; e deverá ser considerada responsável pelo Tratamento dos Dados Protegidos.

2. A SEMPRE ODONTO possui e utiliza medidas técnicas e organizacionais apropriadas ao Tratamento de Dados Protegidos (inclusive durante qualquer transferência de Dados Protegidos que permitam garantir que o Tratamento será efetuado de acordo com os requisitos exigidos pela Legislação Aplicável e assegurar a proteção dos direitos dos Titulares; e de forma a garantir um nível de segurança apropriado aos riscos que decorrem do Tratamento, em especial a destruição, perda e alteração acidentais ou ilícitas, bem como a divulgação ou o acesso não autorizados a Dados Protegidos transmitidos, conservados ou sujeitos a qualquer outro tipo de Tratamento.

A SEMPRE ODONTO adota medidas para assegurar que o acesso e o Tratamento dos Dados Protegidos fiquem restritos aos colaboradores que precisam efetivamente tratá-los, com o objetivo único de alcançar as finalidades definidas no Contrato, seus aditivos e anexos.

A SEMPRE ODONTO assegura que as pessoas alocadas no Tratamento de Dados Protegidos estão vinculadas legalmente e por escrito ao sigilo de todas e quaisquer informações recebidas no desempenho de suas atividades.

O Usuário titular desde já autoriza a SEMPRE ODONTO a compartilhar os Dados Protegidos com terceiros que se façam necessários para a prestação do serviço objeto do Contrato.

Em caso de qualquer Violação de Dados Protegidos referente aos serviços objeto do Contrato que possa acarretar risco ou dano relevante aos Titulares, a SEMPRE ODONTO deverá, assim que razoavelmente possível, notificar o Usuário Titular acerca da violação por email ou em endereço constantes no Contrato, sendo suficiente o simples envio para caracterização do cumprimento da obrigação pela SEMPRE ODONTO que realizará as notificações de acordo com os prazos e disposições da Legislação Aplicável e manterá o Usuário Titular informado sobre a Violação.

A SEMPRE ODONTO tratará os Dados Protegidos para finalidades lícitas relacionadas com a prestação dos serviços e de acordo com os prazos exigidos pela Legislação Aplicável.

A SEMPRE ODONTO envidará esforços adequados para assegurar que, antes de partilhar de quaisquer Dados Protegidos nos termos da Cláusula 2, irá fornecer todas as informações de privacidade aos Titulares conforme a Legislação Aplicável, de forma a assegurar que o Tratamento dos Dados Protegidos e seu compartilhamento nos termos deste Contrato estejam de acordo com a Legislação Aplicável.

XXVIII. ELEIÇÃO DE FORO

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

ANEXO I – PROCEDIMENTOS COBERTOS**DIAGNÓSTICO**

- Consulta odontológica inicial
- Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
- Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- Teste de fluxo salivar
- Teste de PH Salivar

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

- Colagem de fragmentos dentários
- 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
- Imobilização dentária em dentes decíduos
- Imobilização dentária em dentes permanentes
- 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
- Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM)
- Reimplante dentário com contenção
- Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
- Tratamento de alveolite

RADIOLOGIA

- Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
- Radiografiainterproximal - bite-wing
- Radiografia oclusal
- Radiografia periapical
- Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de selante de fósulas e fissuras
- Aplicação de selante – técnica invasiva
- Aplicação tópica de flúor
- Atividade educativa em saúde bucal
- Controle de biofilme (placa bacteriana)
- Profilaxia: polimento coronário
- Remineralização

DENTÍSTICA

- Aplicação de cariostático
- Faceta direta em resina fotopolimerizável
- Núcleo de preenchimento
- Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
- Restauraçãoatraumática em dente decíduo
- Restauraçãoatraumática em dente permanente
- Restauração de amálgama - 1 faces
- 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
- Restauração temporária / tratamento expectante

PERIODONTIA

- Ajuste oclusal por acréscimo
- Ajuste oclusal por desgaste seletivo
- Aumento de coroa clínica
- Cirurgia periodontal a retalho
- Cunha proximal
- Dessensibilização dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Imobilização dentária em dentes decíduos
- Imobilização dentária em dentes permanentes
- Raspagemsub-gengival/alisamento radicular
- Raspagemsupra-gengival
- Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
- Sepultamento radicular
- Tratamento de abscesso periodontal agudo
- Tunelização
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Imobilização dentária em dentes decíduos
- Imobilização dentária em dentes permanentes
- Raspagemsub-gengival/alisamento radicular
- Raspagemsupra-gengival
- Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
- Sepultamento radicular
- Tratamento de abscesso periodontal agudo
- Tunelização

ENDODONTIA

- Capeamento pulpar direto
- Preparo para núcleo intrarradicular
- Pulpotomia em dente decíduo
- Remoção de corpo estranho intracanal
- Remoção de núcleo intrarradicular
- Retratamento endodôntico birradicular
- Retratamento endodôntico multirradicular
- Retratamento endodôntico unirradicular
- Tratamento de perfuração endodôntica
- Tratamentoendodôntico de dente com rizogênese incompleta

- Tratamento endodôntico birradicular
- Tratamento endodôntico em dente decíduo
- Tratamento endodôntico multirradicular
- Tratamento endodôntico unirradicular

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação radicular com obturação retrógrada
- Amputação radicular sem obturação retrógrada
- Apicetomiabirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomiabirradiculares sem obturação retrógrada
- Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
- Apicetomiaunirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomiaunirradiculares sem obturação retrógrada
- Biópsia de boca
- Biópsia de glândula salivar
- Biópsia de lábio
- Biópsia de língua
- Biópsia de mandíbula
- Biópsia de maxila
- Bridectomia
- Bridotomia
- 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 buco-maxilo-facial
- Exérese ou excisão de cálculo salivar
- Exérese ou excisão de cistos odontológicos
- Exérese ou excisão de mucocèle
- Exérese ou excisão de rânula
- Exodontia a retalho
- Exodontia de raiz residual
- Exodontia simples de decíduo
- 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
- Remoção de dentes inclusos / impactados
- Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
- Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
- Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução
- Ulectomia

- Ulotomia
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial

PRÓTESE DENTAL

- Coroa de acetato em dente decíduo
- Coroa de acetato em dente permanente
- Coroa de aço em dente decíduo
- Coroa de aço em dente permanente
- Coroa de policarbonato em dente decíduo
- Coroa de policarbonato em dente permanente
- Coroa provisória com pino - Elemento Unitário
- Coroa provisória sem pino - Elemento Unitário
- Coroa total unitária em cerômero para dentes anteriores
- Coroa total unitária metálica
- Núcleo metálico fundido
- Pino pré fabricado
- Provisório para restauração metálica fundida
- Recimentação de trabalhos protéticos
- Reembasamento de coroa provisória
- Remoção de núcleo intrarradicular
- Remoção de trabalho protético
- Restauração metálica fundida

ODONTOPEDIATRIA

- Condicionamento em Odontologia
- Coroa de acetato em dente decíduo
- Coroa de acetato em dente permanente
- Coroa de aço em dente decíduo
- Coroa de aço em dente permanente
- Coroa de policarbonato em dente decíduo
- Coroa de policarbonato em dente permanente

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Operadora: Sempre Odonto Planos Odontológicos Ltda. CNPJ: 04.222.235/0001-89

Nº de registro da ANS: 41465-4

Nº de registro Produto: 490.848/21-1 Site:

www.sempreodonto.com.br

Para consultas, informações gerais e reclamações, ligue para a central de atendimento exclusiva para clientes, através dos seguintes números:

SP (11) 4861-2434

RJ (21) 3172-9500 (21) 3094-0444

AM (92) 3878-6030

PE (81) 3334-5475

Demais localidades 3003-9420

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 da pessoa jurídica contratante.

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência / emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	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 à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		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.	

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 oferecimento 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 Agravio, 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 nº 63/2003.
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 de 12 meses com 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 doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	ColetivoEmpresarial	
	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, independentemente do número de participantes.	
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 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 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 nº 63/2003.	
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 coletivo é negociada e tem renovação automática.	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	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 congênere, 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 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. 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.

Este 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 a 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 compõe(m) 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 da 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 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 MANUAL NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.