

Prezado cliente,

Bem-vindo ao TeuCard Odonto.

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



SAC TeuCard Odonto

(92) 3878.6030

Demais localidades: 3003.9420



WhatsApp

(11) 4861.2434



Carteirinha Digital TeuCard Odonto

App TeuCard Odonto já se encontra disponível no:



Rede Credenciada de Dentistas e Clínicas

No site TeuCard Odonto | No App TeuCard Odonto



SOS Odonto 24h – Tele Urgência Odontológica

☎ 0800 748 7848

Atenção! Esse telefone é exclusivo para dor de dente.



Site TeuCard Odonto

www.sempreodonto.com.br/teucardodonto

Aqui você encontra tudo sobre o seu plano odontológico.



Chat TeuCard Odonto

www.sempreodonto.com.br

Mais uma opção para você estar sempre em contato.



**Você está concorrendo
a 4 sorteios mensais de R\$2.500,00.**

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

TeuCard Odonto. Feito para cuidar do teu sorriso.

RESUMO CONTRATO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E AUTORIZAÇÃO COBRANÇA MENSALIDADE NO CARTÃO TEUCARD

1.1 - A Sempre Odonto Planos Odontológicos Ltda., inscrita no CNPJ 04.222.235/0001-89, registrada na ANS sob o nº 41465-4, assegurará através do presente contrato a prestação de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde Individual e/ou 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 TeuCard Odonto**, registro nº 481294188, realizados pela Rede Credenciada diretamente aos beneficiários regularmente inscritos na forma e condições deste instrumento.

1.2 - Os **USUÁRIOS** dependentes poderão ser inscritos, por solicitação do usuário titular e pagarão o mesmo valor cobrado do Usuário titular.

3 PROMOÇÃO DE CARÊNCIA - Adesões no período de: 01/08/2024 até 31/08/2024

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

Urgências e Emergências	SEM CARÊNCIA	Cirurgia, Endodontia, Periodontia,	SEM CARÊNCIA
Consulta	SEM CARÊNCIA	Dentística e Radiologia Extrabucal	SEM CARÊNCIA
Radiologia em Consultório	SEM CARÊNCIA	(panorâmica e levantamento radiográfico)	
Prevenção	SEM CARÊNCIA	Prótese (bloco em metal, coroa em resina e metal, núcleo metálico e pino)	180 dias

3 PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

Urgências e Emergências	24 horas	Cirurgia, Endodontia, Periodontia,	90 dias
Consulta	30 dias	Dentística e Radiologia Extrabucal	120 dias
Radiologia em Consultório	30 dias	(panorâmica e levantamento radiográfico)	
Prevenção	60 dias	Prótese (bloco em metal, coroa em resina e metal, núcleo metálico e pino)	180 dias

4 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É garantida pela **CONTRATADA** cobertura dos atendimentos nos casos de urgência e de emergência, decorrentes de odontalgias, de 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 extra oral; **h)** Incisão e drenagem de abscesso intra oral; **i)** Reimplante de dente avulsionado; **j)** Demais procedimentos de urgência/emergência dispostos no rol de procedimentos vigente à época deste contrato..

SOS DENTAL – O serviço será prestado dentro da área de abrangência contratual, resguardadas condições regionais. A assistência será prestada desde que o local indicado não ponha em risco a segurança e a integridade física da equipe atendente e que ofereça condições de acessibilidade para a assistência, podendo a prestadora não realizar o atendimento ou encaminhar o Usuário para uma unidade fixa.

O serviço é exclusivo aos Usuários cadastrados e não pode ser transferido, podendo a prestadora solicitar documento de identificação. A assistência estará disponível durante a vigência do contrato. Para acionar o serviço, o Usuário deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da Sempre Odonto ou diretamente com a SOS Dental através dos telefones: 0800-220-1208 | 0800-591-8758.

5 CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

O **USUÁRIO** terá acesso a sua carteira do plano e a de seus dependentes pelo site www.sempreodonto.com.br/teucardodonto ou pelo aplicativo **TeuCard Odonto**.

6 REDE CREDENCIADA

O **USUÁRIO TITULAR** declara ter ciência da **REDE CREDENCIADA** disponibilizada pela operadora **SEMPRE ODONTO**, de acordo com a relação disposta no site www.sempreodonto.com.br/teucardodonto, devendo a mesma ser consultada com frequência. A **SEMPRE ODONTO** não se obriga a ter credenciados de todas as especialidades em todos os Municípios do Estado do Amazonas, Rondônia e Roraima.

7 EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura deste contrato: **a)** Qualquer procedimento não previsto no rol de procedimentos odontológicos vigente à época do evento; **b)** Os procedimentos bucomaxilares constantes do rol de procedimentos e eventos odontológicos vigente à época do evento e suas despesas hospitalares; **c)** As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório; **d)** 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; **e)** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; **f)** Procedimentos odontológicos para fins estéticos, bem como prótese ou órteses para o mesmo fim; **g)** Medicamentos, medicamento importado e não seja, sem registro vigente na ANVISA; **h)** Fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar; **i)** Casos de cataclismos, guerras e comções internas, quando declarados pela autoridade competente; **j)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pela autoridade competente; **k)** Consultas domiciliares, manutenção ortodôntica, documentação ortodôntica, implante.

ORTODONTIA – Cabe ao Usuário assumir o **PAGAMENTO DE TAXAS MENSAS** 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

Valor que o **BENEFICIÁRIO** paga diretamente ao dentista credenciado, se realizar eventos de Prótese. Nesses casos, o valor da franquia corresponde a 50% do evento.

9 VIGÊNCIA - DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá duração de 12 meses, com renovação automática e prorrogando-se por período indeterminado. O contrato poderá ainda ser rescindido, em caso de inadimplência, pelo período superior a 60 (sessenta) dias. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** poderá solicitar a sua exclusão do contrato ou de seu Dependente, nos canais de atendimento da Operadora, desde que tenha permanecido no plano, por um período mínimo de 12 (doze) meses. O pedido de exclusão em período menor que 12 (doze) meses de permanência no plano, poderá ocorrer mediante o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades restantes deste Beneficiário, que concorda e autoriza a cobrança da referida multa através do **Cartão TeuCard**.

10 SORTEIOS

O titular do plano estará concorrendo a quatro sorteios mensais de R\$2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) pela Loteria Federal, no último sábado do mês, a partir do 2º mês subsequente ao início de vigência do plano odontológico, o Usuário deve consultar seu número da sorte no site www.sempreodonto.com.br/teucardodonto em "Consulte o seu número da sorte". O regulamento do sorteio/promoção comercial está disponível no site do produto www.sempreodonto.com.br/teucardodonto

11 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O **USUÁRIO TITULAR** consente neste ato que a **SEMPRE ODONTO** utilize seus dados pessoais, e de seus dependentes, 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.

12 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 franquia estão disponíveis no site www.sempreodonto.com.br/teucardodonto. O **USUÁRIO TITULAR** consente neste ato que a **SEMPRE ODONTO** utilize seus dados pessoais, exclusivamente, para a consecução das atividades necessárias ao atingimento de execução do serviço contratado pelo Titular, utilizando-os, quando seja o caso, em cumprimento de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito, por determinação judicial ou por requisição da ANPD; Os dados coletados só poderão ser utilizados na execução dos serviços especificados neste contrato, e em hipótese alguma poderão ser compartilhados ou utilizados para outros fins.

13 BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIOS	TIPO	DATA DE ADESÃO	VALOR
TITULAR	T	DD/MM/AA	R\$ 00,00
DEPENDENTE 1	D	DD/MM/AA	R\$ 00,00
DEPENDENTE 2	D	DD/MM/AA	R\$ 00,00
DEPENDENTE 3	D	DD/MM/AA	R\$ 00,00
VALOR TOTAL			R\$ 000,00

AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA NO CARTÃO TEU CARD

Autorizo a cobrança da mensalidade do plano odontológico por pessoa inscrita, na fatura do meu CARTÃO TEU CARD referente à minha adesão e de dependentes e agregados, se houver, ao plano odontológico.

Local: _____ Data: ___ / ___ / ____

Nome do Usuário Titular