

CONDIÇÕES GERAIS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA MODALIDADE INDIVIDUAL FAMILIAR

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Cond. Esp. e Pág. 2
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.	Cond. Esp. e Pág. 3
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.	Condições Especiais
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.	Pág 3
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.	Pág. 3
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.	Pág. 4
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.	Pág 6
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Cond. Esp. e Pág. 4
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Pág. 10
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.	Pág. 9
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 ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Pág.

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

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



Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

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

1 – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. Este Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais, a preço pré-estabelecido, com a finalidade de garantir, assistência odontológica, na forma prevista no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da PREVIDENT, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

1.2. A cobertura contratual compreende todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, para os eventos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), no que se refere à saúde bucal, com denominação perante a ANS de PIPE - Plano Individual de Prevenção e Emergência.

1.3. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

2 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Será admitido para os fins deste contrato, o Beneficiário Titular, juntamente com seus Dependentes inscritos, está devidamente identificado na Proposta de Adesão parte integrante deste Contrato.

2.2. O Beneficiário Titular poderá incluir no Contrato, fazendo-os constar na Proposta de Adesão, o cônjuge ou a (o) companheira (o) e os filhos e/ou equiparados, solteiros, menores de 25 (vinte e cinco) anos de idade, além de outros dependentes econômicos, assim considerados pelas normas do Imposto de Renda ou da Previdência Social, sendo de sua responsabilidade o pagamento das respectivas Mensalidades.

2.3 O Beneficiário Titular poderá, a qualquer tempo, solicitar, por escrito, a inclusão de novos dependentes, que, contudo, se efetivamente incluídos, estarão sujeitos ao cumprimento integral das condições individuais de carências, fixadas neste Contrato.

2.4 O recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de dependente seu inscrito no Contrato, nascido na vigência do Contrato, cuja inclusão tenha sido solicitada por escrito, e desde que apresentada a documentação pertinente, não estará sujeito ao cumprimento de quaisquer períodos de carência.

2.5 O filho adotivo do Beneficiário, menor de doze anos e não caracterizado como recém-nascido, cuja inclusão tenha sido solicitada, por escrito, e desde que apresentada a documentação comprobatória pertinente (assim considerada a partir da guarda provisória conferida pelo juízo), terá aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

2.6 A cobertura individual dos dependentes incluídos após o início de vigência do contrato começará a vigorar na data em que a solicitação expressa de inclusão do novo beneficiário seja protocolada na Operadora, data a partir da qual passará a ser devida a respectiva Mensalidade individual.

3 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Os BENEFICIÁRIOS terão direito à cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, 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; realizados em consultórios ou centros clínicos odontológicos integrantes da rede credenciada, e relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído e publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento, bem como coberturas adicionais conforme tipo de plano contratado, descrito nas Condições Especiais no campo “plano” e anexo I ao presente instrumento, com o detalhamento de coberturas, ou através da central de atendimento da PREVIDENT pelo telefone 0800 887 0700.

3.1.1. Os procedimentos assinalados no Anexo I serão cobertos apenas se estiverem presentes as situações previstas nas Diretrizes de Utilização estabelecidas, conforme as normas regulamentares da ANS.

3.2. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos, passíveis de realização em ambiente ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de suporte hospitalar para a sua realização, terão cobertos apenas os custos com materiais odontológicos e honorários do cirurgião-dentista, não se incluindo na cobertura os custos com a estrutura hospitalar, realização de exames complementares, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação.

3.2.1. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, cabendo ao cirurgião-dentista assistente avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

3.3. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Excluem-se da cobertura deste plano odontológico todo e qualquer procedimento não previsto no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, e os itens a seguir:

a) Procedimentos realizados fora da rede credenciada, salvo as hipóteses de urgência e emergência em que seja impossível sua utilização;

b) Despesas com internação hospitalar e/ou que saiam do âmbito ambulatorial, exceto os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista para eventos cobertos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação hospitalar por imperativo clínico;

c) Despesas com procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar;

d) As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência a saúde, diferente do plano odontológico;

- e) Métodos diagnósticos e tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, experimentais, não reconhecidos pelas sociedades odontológicas nacionais, em especial o Conselho Federal de Odontologia (CFO);**
- f) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- g) Serviços odontológicos com finalidade estética;**
- h) Clareamento dentário;**
- i) Procedimentos com metais preciosos;**
- j) A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais;**
- k) Atendimento domiciliar, em qualquer hipótese;**
- l) Transporte do paciente, exceto nos casos previstos na RN 259;**
- m) As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar;**
- n) Quaisquer atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comocões internas, quando declaradas pela autoridade competente;**
- o) Implantes, aparelhos ortodômicos/ortopédicos, fixos ou removíveis, não relacionados na cobertura, e próteses não relacionadas na cobertura;**
- p) Transplantes de qualquer espécie;**
- q) Manutenção e documentação ortodômica, desde que não cobertos pelo plano contratado;**
- r) Cirurgias a laser;**
- s) Cirurgias com envolvimento de seio maxilar;**
- t) Radiografias não relacionadas na cobertura (telerradiografia, perfil, articulação, têmporo-mandibular e celafométricas);**
- u) Cirurgia periodontal, exceto os procedimentos relacionados na cobertura;**
- v) Consultas não realizadas em razão de faltas e atrasos injustificados ou não comunicados previamente.**

4.2. Procedimentos que não observem as Diretrizes de Utilização de Tratamento – DUT da ANS, fundamentados no artigo 2º, inciso II, da RN 338/2013.

5 – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 A vigência contratual será de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do contrato, da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

5.2 O Contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, salvo se houver manifestação escrita em contrário do Beneficiário Titular, enviada para os endereços constantes da Proposta de Adesão, com 60 (sessenta) dias de antecedência ao término do período inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, conforme prevê o art. 13 da Lei nº 9656/98.

5.3 Não haverá cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

6 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 O quadro geral de carências, abaixo indicado, deverá ser aplicado em respeito e conformidade com as coberturas expressamente previstas neste contrato, sendo certo que os prazos indicados começarão

a ser contados a partir da data de início de vigência do Contrato, ou, no caso de dependentes incluídos posteriormente, da data em que a solicitação de inclusão tenha sido protocolada na Operadora:

PROCEDIMENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA
Urgências ou Emergências	24 horas
Diagnóstico	90 dias
Prevenção em Saúde Bucal	90 dias
Radiologia	90 dias
Dentística	90 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	90 dias
Cirurgia	90 dias
Próteses	90 dias
Demais casos	90 dias

6.2 O pagamento antecipado de contraprestações, não elimina ou reduz os prazos de carências.

7 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Não haverá qualquer restrição para os atendimentos de doenças e lesões preexistentes, não se aplicando, neste contrato, cobertura parcial temporária ou agravo nas prestações.

8 - ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.

II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.

III - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.

IV - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.

V - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.

VI - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.

VII - Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.

VIII - Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.

IX - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

8.2. Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços prestados pela rede credenciada.

8.3. O reembolso será assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, desde que os atendimentos sejam prestados dentro da segmentação e área de abrangência geográfica do plano, respeitados os prazos de carência e as condições de cobertura estabelecidos no contrato.

8.3.1 – Os BENEFICIÁRIOS que optem por planos contratados cujo sistema de atendimento definido nas Condições Especiais seja “Rede Credenciada”, e que porventura venham ter a necessidade de utilização da cobertura do plano contratado em municípios ou cidades onde não exista rede credenciada, terão direito ao ressarcimento das despesas realizadas em prestadores não credenciados à PREVIDENT, desde que obedecidas as regras aqui definidas.

8.4 Os reembolsos devem ser solicitados mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Recibo e nota fiscal em impresso próprio do cirurgião-dentista, que comprovem a quitação dos serviços, discriminados por item, com valor unitário de consulta, exame ou tratamento realizado, contendo os seguintes dados: nome, endereço completo, CPF, CRO e telefone do mesmo.

- Relatório com descrição resumida do(s) procedimento(s) realizado(s), diagnóstico odontológico, e justificativa clínica do atendimento, com data, horário, local e nome do BENEFICIÁRIO atendido;

- Formulário RRO fornecido pela PREVIDENT, preenchido e assinado e carimbado;

- Radiografias iniciais e finais dos procedimentos odontológicos executados, perfeitamente identificáveis, quando necessário para elucidação diagnóstica.

8.5. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 60 (sessenta) dias para apresentar a documentação acima listada à PREVIDENT, contado da data da realização do procedimento.

8.6. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contado a partir do recebimento da documentação completa. O valor a ser reembolsado terá como limite a tabela de serviços odontológicos praticados pela PREVIDENT junto à rede assistencial deste plano, não podendo ser superior ao próprio valor gasto pelo Beneficiário. A tabela de reembolso de serviços odontológicos praticada pela PREVIDENT se encontra disponível para consulta nos serviços gratuitos de atendimento ao consumidor, por via telefônica ou internet, e previsto nas condições especiais no campo US, que é o coeficiente de honorários, estipulado em moeda corrente, que servirá de indexador para cálculo da remuneração devida de acordo com a Tabela de Honorários PREVIDENT disponível em seu site oficial.

9 – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1. Este plano **não assegura** acesso à livre escolha de prestadores, limitando-se a cobertura aos atendimentos prestados na rede credenciada à PREVIDENT, ressalvadas unicamente as hipóteses excepcionais de reembolso, em casos de urgência e emergência, conforme as regras do tema próprio, e na hipótese descrita na cláusula 8.3.1.

10 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. A PREVIDENT disponibilizará aplicativo aos BENEFICIÁRIOS que disponibilizarão virtualmente seu código de Identificação, cujo número deverá ser acompanhado de documento de identidade oficial,

com foto, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a PREVIDENT adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

10.2. Todos os tratamentos serão liberados na primeira consulta, com exceção dos tratamentos protéticos e ortodônticos que serão submetidos à análise e prévia autorização em guias próprias, transmitidas por meio de sistema de troca de informações em saúde entre o credenciado e a PREVIDENT;

10.3. Com exceção da consulta inicial e dos procedimentos de urgência/emergência, os planos de tratamento, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos, excepcionalmente e quando justificada sua necessidade pela PREVIDENT, poderão ser submetidos à análise e prévia autorização em guias próprias, transmitidas por meio de sistema de troca de informações em saúde entre o credenciado e a PREVIDENT;

10.4. Os procedimentos, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, serão executados pela rede credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente do caso, ainda que a solicitação se origine de profissional não credenciado.

10.5. A guia transmitida para autorização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à PREVIDENT, assinada e datada pelo cirurgião-dentista assistente do caso e pelo BENEFICIÁRIO.

10.6. Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao BENEFICIÁRIO a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo BENEFICIÁRIO, outro pela PREVIDENT, e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

10.7. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, sendo que se o Beneficiário indicar odontologista pertencente à rede credenciada da PREVIDENT, os honorários deste serão pagos pela **PREVIDENT**.

10.8. Manual do Beneficiário - é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores de co-participação ou de fatores moderadores, limites de cobertura e/ou franquias, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela Operadora para a agilização do atendimento.

10.9. A **PREVIDENT** poderá alterar sua rede credenciada, comprometendo-se a manter sua mesma capacidade de resolução, sendo que **a relação dos prestadores credenciados será sempre atualizada e ficará disponível ao BENEFICIÁRIO na sede da PREVIDENT, por meio do serviço da Central de Atendimento e Internet.**

10.11. Os **BENEFICIÁRIOS** serão atendidos com hora marcada, salvo em caso de urgência e emergência, observados os horários de atendimento e disponibilidade dos dentistas da rede credenciada.

10.13. A **PREVIDENT** oferecerá uma Central de Atendimento Gratuita, por via telefônica 0800 887 0700) e em seu Portal na Internet (www.prevident.com.br), plenamente capacitada para orientar

seus **BENEFICIÁRIOS** sobre as unidades disponíveis para os atendimentos, bem como elucidar dúvidas e questionamentos do presente contrato.

FRANQUIA/CO-PARTICIPAÇÃO

10.14. Para as hipóteses de incidência de franquia ou co-participação, os valores ou percentuais estarão definidos nas Condições Especiais.

10.15. O fator moderador deste contrato é o sistema de “Franquia”, onde deverá o **BENEFICIÁRIO** pagar diretamente ao dentista credenciado o valor fixo de **R\$ R\$ 25,00** por procedimento, **exceto para os procedimentos abaixo listados:**

- I - consulta inicial;
- II - curativo em caso de hemorragia bucal;
- III - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- IV - imobilização dentária temporária;
- V - recimentação de peça protética; VI - tratamento de alveolite;
- VII - colagem de fragmentos;
- VIII - incisão e drenagem de abscesso extra -oral;
- IX - incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- X - reimplante de dente avulsionado;
- XI - orientação de higiene bucal;
- XII - evidenciação de placa bacteriana;
- XIII - aplicação tópica de flúor.

10.16. A **PREVIDENT** não se responsabilizará pelos eventuais inadimplementos do **BENEFICIÁRIO**, quanto da ausência de pagamento do valor que lhe compete à título de franquia, podendo o credenciado executar judicialmente a parte que lhe compete, sem qualquer interferência da **PREVIDENT**.

10.17. Os valores de franquia serão reajustados anualmente, de acordo com o reajuste das mensalidades.

11 – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DO PAGAMENTO DA MENSALIDADE

11.1. Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, pré-estabelecidos.

11.2. No ato de assinatura da Proposta de Adesão, o Beneficiário Titular deverá pagar a Taxa de Inscrição e a primeira Mensalidade.

11.3. As Mensalidades subsequentes à 1º (primeira) terão como data de vencimento o mesmo dia em que for realizado o pagamento da 1º (primeira) Mensalidade, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas nos estabelecimentos bancários autorizados pela Operadora.

11.4. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser realizado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

11.5. O valor mensal e acertos de valores decorrentes das alterações de planos, de inclusões e exclusões de Beneficiários, serão cobrados na fatura mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

11.6. Se o(a) Contratante não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à PREVIDENT, para que não incorra em mora financeira.

11.7. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso (0,033% ao dia), além de multa de 2% (dois por cento).

11.8. Após 60 (sessenta) dias de inadimplência, e não havendo quitação do débito pela CONTRATANTE, a PREVIDENT se reserva ao direito de cancelar o contrato de prestação de serviços odontológicos. O cancelamento da prestação de serviços odontológicos não isenta o BENEFICIÁRIO do pagamento das parcelas em aberto, as quais estarão sujeitas às sanções da Lei nº 9492/97, bem como disciplinado no subitem 1, do item 15.1 e item 15.2 da cláusula décima sétima abaixo e conforme legislação vigente.

11.9 Nenhum pagamento de Mensalidade será reconhecido se o Beneficiário não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário, pela Operadora ou holerite.

11.10 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

12 - DO REAJUSTE CONTRATUAL

12.1 O valor da Mensalidade, estipulado na data de assinatura da Proposta de Adesão ou 1º pagamento, será atualizado anualmente, de acordo com a variação percentual do índice Geral de Preços - Mercado - IGP-M/FGV, verificada no período de 12 (doze) meses, contado a partir da data de início de vigência contratual ou, na vigência por prazo indeterminado, do último aniversário do Contrato.

12.2 Na falta do índice referido acima, o reajuste das Mensalidades será calculado de acordo com a variação percentual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, verificada no período de 12 (doze) meses, contado a partir da data de início de vigência contratual ou, na vigência por prazo indeterminado, do último aniversário do Contrato, ou do índice, oficial, que o substitua.

12.3 Os reajustes aplicados, quando necessário, serão comunicados à ANS, na forma e nos prazos determinados pela legislação vigente.

12.4 Quaisquer reajustes de mensalidades, contudo, somente serão aplicados quando plenamente em conformidade com as regras estabelecidas, de forma específica para os contratos de plano exclusivamente odontológico do tipo individual ou familiar, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

12.5 A tabela de preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento, parte integrante deste contrato, será atualizada nas mesmas época e condições em que for atualizado o valor da mensalidade.

12.6 A tabela referencial, parte integrante deste contrato e base para apuração dos valores referentes a cobertura pós-paga, poderá, se comprovadamente necessário, sofrer variações de acordo com o reajuste praticado nos contratos entre Operadora e seus prestadores de serviços credenciados, obrigando-se a Operadora a informar, previamente, ao Beneficiário Titular.

12.7 As atualizações serão incorporadas ao contrato, a título de aditamento pré-consentido, e serão enviadas ao Beneficiário Titular.

13 – FAIXAS ETÁRIAS

13.1. Não haverá reajuste das prestações por mudança de faixa etária, mantendo-se o mesmo valor para todas as idades.

14 – BÔNUS E DESCONTOS

14.1. Este contrato não contempla bônus ou descontos, salvo aqueles porventura negociados e especificados nas Condições Especiais.

15 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1 Os Beneficiários que, em razão de atingimento da idade limite ou de casamento, com conseqüente exclusão do grupo familiar, perderem a qualidade de dependente, serão automaticamente excluídos do Contrato, sendo-lhes garantida a migração, na condição de Beneficiário Titular, para outro Contrato, com igual cobertura e aproveitamento pleno dos prazos de carências já cumpridos.

15.2 Ocorrer também perda da qualidade de Beneficiário se ocorrer nas seguintes situações:

15.2.1 Perda da qualidade de Beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) por fraude praticada pelo Beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.2.2 Perda da qualidade de Beneficiário dependente ou agregado:

- a) pela exclusão do respectivo titular;
- b) pela perda da condição de dependente ou agregado prevista nas condições gerais deste contrato;
- c) por fraude praticada pelo Beneficiário dependente ou agregado, apurada de acordo com a legislação vigente.

16 – DA RESCISÃO/SUSPENSÃO

16.1. O contrato poderá ser rescindido, nas seguintes situações:

1. No caso de inadimplência da CONTRATANTE representada pelo atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 60 (sessenta) dias, mediante notificação por escrito prévia à(ao) CONTRATANTE, sem prejuízo do direito da PREVIDENT requerer protesto do título extrajudicial (fatura) junto ao cartório de protestos de títulos e documentos da circunscrição da Comarca e Estado competente, bem como requerer extrajudicialmente e/ou judicialmente a quitação dos valores devidos, com a aplicação das penalidades de multa, juros de mora e correção monetária.

2. Quando a CONTRATANTE ou seu responsável não fizer declarações verdadeiras, omitindo informações em prejuízo da PREVIDENT;

3. Descumprimento pela CONTRATANTE ou pela PREVIDENT das cláusulas e condições deste Contrato;

4. Decretação de falência, deferimento de recuperação judicial e/ou extrajudicial, insolvência civil e/ou dissolução da sociedade.

16.2. O contrato somente poderá ser rescindido pelo CONTRATANTE imotivadamente e sem ônus de qualquer espécie, após a vigência do período de 12 (doze) meses, e mediante prévia notificação por escrito da parte denunciante à parte denunciada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, conforme disciplina o parágrafo único, do artigo 17, da Resolução Normativa 195, de 14 de julho de 2009.

16.2.1. Considerando que: a) todo plano de saúde caracteriza-se como um contrato aleatório, onde a operadora assume o risco de cobrir, sem limites, os gastos com eventos de assistência em saúde de que necessitem seus usuários; b) que, para cobrir esses gastos, e necessária a constituição de uma provisão financeira, mediante a arrecadação das mensalidades de seus participantes; c) que, para calcular essa provisão, e levada em conta a manutenção dos aderentes por um período mínimo de tempo e que, d) diferentemente dos planos de assistência médico-hospitalares, os planos odontológicos são contratados, como regra, para financiar o pagamento, em varias prestações, dos tratamentos de que os associados sabem necessitar; em qualquer das hipóteses de rescisão do presente contrato antes do término do prazo por que estiver vigorando, sem que haja inadimplemento da PREVIDENT, seja por denúncia da(o) CONTRATANTE, seja por seu inadimplemento, incidirá esta em uma multa de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para se completar a vigência inicial, por prazo determinado, de 12 (doze) meses, sem prejuízo do pagamento das mensalidades já então devidas acrescidas das respectivas penalidades.

16.3 Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, o Contrato poderá, ainda, ser rescindido, independentemente de interpelação judicial e sem que caiba indenização à parte infratora, nas seguintes situações:

- a. Infrações ou fraudes comprovadamente praticadas pelo Beneficiário, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita do Contrato, desde que devidamente comprovada pela Operadora junto à ANS;
- b. Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, acumulado nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato. Desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;
- c. Por solicitação expressa do Beneficiário Titular, mediante aviso-prévio de 60 (sessenta) dias antes do término do contrato.

16.4 Ressalta-se que no caso de falecimento do beneficiário titular de plano familiar, fica assegurado aos seus dependentes inscritos no contrato o direito de manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção da titularidade, bem como das obrigações decorrentes, pelo beneficiário dependente de maior idade, por si ou, em se tratando de incapaz, legalmente representado ou assistido.

17 - DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, o Beneficiário esteja em dia com suas obrigações contratuais.

17.2 Depois de decorrido o primeiro ano de vigência contratual, as transferências solicitadas fora dos prazos acima estipulados poderão ser aceitas pela Operadora exclusivamente quando o novo plano tenha coberturas inferiores àquele originalmente contratado.

17.3 Nos casos de Plano Familiar, a transferência de plano deverá abranger a totalidade de componentes do grupo familiar.

17.4 A exclusão de dependentes somente será aceita pela Operadora mediante aviso-prévio, por escrito, de, no mínimo, 30 (trinta) dias.

17.5 Qualquer solicitação de transferência de plano ou de exclusão de dependentes deverá ser apresentada, por escrito, nos escritórios da Operadora, que terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da solicitação, para análise e efetivação da mesma.

17.6 A Operadora mantém em sua sede o Serviço de Apoio ao Cliente (SAC), para fornecer informações gerais, orientações e esclarecimentos, referentes aos serviços objeto do Contrato.

17.7 Para os efeitos deste Contrato, os termos abaixo têm as seguintes Definições:

i. 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 odontológico;

ii. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - é a autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar;

iii. Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual - é a área geográfica de abrangência em que a Operadora se obriga a garantir todas as coberturas de assistência à saúde objeto deste Contrato;

iv. Área de Atuação - é a relação de, conforme o caso, estados ou municípios incluídos na Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual, ressaltando-se que no caso de abrangência Nacional estão incluídos todos os municípios brasileiros;

v. Auditoria Clínica Odontológica - é o direito que a Operadora se reserva de realizar a verificação clínica dos tratamentos odontológicos propostos ou executados, mediante perícia inicial e/ou final;

vi. Beneficiário - é todo Proponente, titular ou dependente, efetivamente incluído no Contrato;

vii. Beneficiário Titular - é o Proponente Titular que contrata o plano de assistência à saúde objeto deste Contrato junto à CONTRATANTE e é admitido pela Operadora, sendo que a CONTRATANTE se responsabiliza pelo pagamento das Mensalidades e o Beneficiário pelas declarações constantes da Proposta de Adesão;

viii. Carência - é o período de tempo ininterrupto a ser cumprido pelo Beneficiário para adquirir o direito de utilização de determinadas coberturas, contado a partir da data de início de vigência do Contrato, ou, no caso de dependentes incluídos posteriormente, da data em que a solicitação de inclusão tenha sido protocolada na Operadora.

- ix. Co-Participação - é o montante, definido contratualmente, que o Beneficiário deve pagar, como participação na despesa assistencial, diretamente à Operadora, após a realização do procedimento, não se aplicando para efeitos deste contrato;
- x. Dentística - é a especialidade da Odontologia que cuida da remoção das cáries e da restauração dos dentes.
- xi. Despesas Cobertas (Garantias) - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é garantida pela Operadora, de acordo com o estabelecido neste Contrato;
- xii. Despesas não Cobertas (Exclusões) - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é excluída do Plano de Assistência à Saúde, de acordo com o estabelecido neste Contrato;
- xiii. Endodontia - é a especialidade da Odontologia que estuda e cuida da parte vital do dente (polpa);
- xiv. Evento - é todo o conjunto de ocorrências e/ou serviços de Assistência Odontológica, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário, decorrente de doença ou acidente pessoal, ressaltando-se que o evento se inicia com a comprovação clínica da ocorrência e termina com a alta do Beneficiário;
- xv. Franquia - é o montante, definido contratualmente, até o qual o Beneficiário é responsável pelo custo do atendimento odontológico, devendo ser pago diretamente ao prestador credenciado ou referenciado utilizado, por não ser referido pagamento de responsabilidade da Operadora, não se aplicando para efeitos deste contrato.
- xvi. Inclusão de Beneficiário - é o processo pelo qual o Proponente, titular ou dependente, é admitido pela Operadora, passando à condição de Beneficiário;
- xvii. Mensalidade - é a quantia, em moeda corrente, devida, mensal e antecipadamente, pela CONTRATANTE à Operadora;
- xviii. Operadora - é a odontologia de grupo acima qualificada, que, na qualidade de contratada, assume os riscos inerentes às coberturas estabelecidas nos termos deste Contrato;
- xix. Odontopediatria - é a especialidade da Odontologia que estuda e cuida dos dentes das crianças;
- xx. Ortodontia - é a especialidade da Odontologia que estuda e corrige a posição dos dentes;
- xxi. Periodontia - é a especialidade da Odontologia que estuda e cuida da gengiva e do tecido mole em volta do dente;
- xxii. Prótese Dental - é a especialidade da Odontologia que estuda e cuida da reposição de dentes danificados;
- xxiii. Rede Credenciada - é o conjunto de prestadores de serviços odontológicos, composto por pessoas físicas e jurídicas legalmente habilitadas à prestação de serviços de assistência odontológica, devidamente contratadas pela Operadora para atendimento a seus BENEFICIÁRIOS;
- xxiv. Proposta de Adesão - é o documento formal e legal, que, com numeração igual à deste Contrato, contém as condições comerciais do Plano, além dos dados e informações pessoais do Beneficiário Titular e de seus dependentes, preenchido e assinado pelo Beneficiário Titular, em seu nome e de seus dependentes, apresentado à Operadora para análise do risco a ser assumido;
- xxv. Na Proposta de Adesão, deverão constar, dentre outras informações:
- a) código e nome do plano contratado, valor da mensalidade inicial, data de adesão; b) nome, data de nascimento e filiação (paterna e materna do Beneficiário titular e materna dos dependentes); c) número de inscrição no CPF/MF e número e órgão expedidor da cédula de identidade do Beneficiário titular; d) endereço completo do Beneficiário titular;
- xxvi. Tipo de Contratação - o Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato será, sempre, de Contratação Coletiva Empresarial, sendo que, operacionalmente, assim se caracteriza: a) Contratação Coletiva Empresarial – “é aquela que oferece cobertura de atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária”.

xxvii. Tipo de Segmentação Assistencial - As coberturas contratuais compreendem o tipo de segmentação assistencial Odontológico;

xxviii. . EMERGÊNCIA: Entende-se como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico, com risco imediato à vida do paciente e/ou de lesões irreparáveis a este, caracterizado em declaração de médico ou profissional odontólogo assistente.

xxix. URGÊNCIA: Entende-se como casos de urgência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica para supressão da dor intensa e/ou estancamento de processos hemorrágicos.

18 - ANEXOS CONTRATUAIS

18.1. Integram este Contrato, para todos os fins de direito, além das Condições Especiais, o Rol de Procedimentos Cobertos, além do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

19. DA EXCLUSIVIDADE

19.1. A CONTRATANTE dá a PREVIDENT exclusividade dos serviços que compõem o objeto do presente contrato durante sua vigência, sendo a PREVIDENT a única opção de “Operadora de Planos Odontológicos” que a CONTRATANTE poderá oferecer aos seus usuários.

20. DO FORO DE ELEIÇÃO

20.1. Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da CONTRATANTE, renunciando-se a qualquer outro por mais privilegiado que seja.