

EMPRESARIAL
CONDIÇÕES
GERAIS



LEVE
DENTAL RJ 2

levesaude.com.br

LEVE SAÚDE

LEVE DENTAL RJ 2 EMPRESARIAL Registro nº502.668/25-7

2ª Edição – Jul.2025

ANS - nº 42233-9

Sumário

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO	3
2. TIPO DE CONTRATAÇÃO	3
3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS	3
4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	3
5. ÁREA DE ATUAÇÃO e de Abrangência.....	4
6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	4
7. FORMAÇÃO DE PREÇO.....	4
8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	4
9. MUDANÇA DE PLANO.....	7
10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	7
11. EXCLUSÕES DE COBERTURA	12
12. DURAÇÃO DO CONTRATO.....	13
13. PRAZOS DE CARÊNCIA.....	13
14. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	19
16. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	22
17. REAJUSTE.....	24
18. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS	25
19. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	28
20. RESCISÃO e SUSPENSÃO	29
21. PROTEÇÃO DE DADOS E CONSENTIMENTO.....	30
22. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	31
23. GLOSSÁRIO	32
24. ELEIÇÃO DE FORO	34

CONTRATO DE COBERTURA ODONTOLÓGICA COLETIVO EMPRESARIAL

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, como Contratado, o Leve Saúde Operadora de Planos de Saúde S.A., também conhecido como Leve Saúde, operadora de planos de assistência à saúde, classificada como sociedade de medicina de grupo e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o n. 402339, com sede na Rua Victor Civita, 77, Bloco 1, Sala 402, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22775-044, e inscrita no CNPJ sob o n. 36.503.186/0001-49; e, de outro lado, como Contratante, a pessoa jurídica identificada na proposta de adesão assinada pelas partes e que integra este instrumento contratual e em que constam as qualificações, razão social, CNPJ, endereço e telefone, tem justa e acordada a prestação de assistência odontológica, na forma das cláusulas e condições a seguir:

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato coletivo de cobertura odontológica tem característica bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes. É um contrato de adesão, estabelecido na forma do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor e dos artigos 458 a 461 do Código Civil, aleatório e não comutativo, em que a Contratante assume o pagamento da mensalidade pela mera celebração do contrato.

1.2. O Contratado, na forma do inciso I, do art. 1º da Lei nº 9.656/1998, compromete-se, nos limites do plano odontológico coletivo contratado, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos, editado pela ANS, vigente na época do evento, observada a abrangência geográfica.

1.3. Este contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação setorial vigente, bem como, subsidiariamente, ao Código de Defesa do Consumidor e ao Código Civil.

2. TIPO DE CONTRATAÇÃO

2.1 Contratação Coletiva Empresarial

3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS

Leve Dental RJ 2 EMPRESARIAL - Nº de registro ANS: 502.668/25-7

4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O presente contrato compreende exclusivamente a segmentação odontológica.

5. ÁREA DE ATUAÇÃO e de Abrangência

A área de abrangência é Estadual, sendo a atuação exclusiva no Estado do Rio de Janeiro.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

6.1 A abrangência geográfica do plano odontológico contrato é Estadual.

6.2 As coberturas previstas neste contrato serão efetuadas, única e exclusivamente, por meio da rede credenciada constante no endereço eletrônico www.levesaude.com.br

7. FORMAÇÃO DE PREÇO

7.1 A formação do preço do presente contrato é preestabelecida.

8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Contratante

8.1 Poderá figurar como Contratante a pessoa jurídica de direito privado ou público, podendo se enquadrar como sociedade empresária, sociedade simples, sociedade de advogados, empresas públicas, autarquias, empresário individual, entre outras, com o intuito de oferecer às pessoas físicas a ela vinculadas em razão de emprego ou sociedade, excluído o vínculo associativo.

8.2 A CONTRATANTE deverá estar com o cadastro junto à Receita Federal ativo e regular, não estar em processo de recuperação judicial e deverá apresentar os atos constitutivos atualizados, informações de planos ou seguros de saúde anteriormente contratados, cartão de CNPJ recente para início das tratativas de comercialização.

8.3 A CONTRATANTE que se enquadrar como empresário individual deverá apresentar à OPERADORA documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, de acordo com sua forma de constituição.

8.3.1 Anualmente, a CONTRATANTE enquadrada como empresário individual deverá comprovar sua condição regular de empresário individual e dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados, mencionada no caput, junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários. A Contratada poderá solicitar a comprovação, a qualquer tempo, documentos para comprovação da regular situação de empresário individual, com vistas à contratação do plano de saúde.

Titulares

8.4 São beneficiários titulares as pessoas vinculadas à pessoa jurídica Contratante por relação empregatícia ou estatutária, ativos ou inativos, na forma da Lei 9.656/98 e sua regulamentação, abrangendo os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, os agentes políticos, os trabalhadores temporários, da CONTRATANTE, inscritos como tais para os fins deste contrato.

Dependentes

8.5 São beneficiários dependentes em relação ao beneficiário titular, aqueles listados abaixo, salvo se expressamente estabelecido de forma diversa na proposta:

- a) cônjuge ou companheiro(a), este desde que comprovada a união estável mediante documentação;
- b) filhos naturais ou adotivos, os reconhecidos judicialmente ou extrajudicial da paternidade pelo Beneficiário, enteados, sob tutela ou sob guarda, provisória ou permanente, todos menores de 23 (vinte e três) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

8.6. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

8.7. A condição de dependência deverá ser comprovada pelos beneficiários através de documentos.

8.8. O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição será excluído do contrato quando solicitado pela CONTRATANTE.

8.9. A solicitação de inclusão como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada para o cônjuge e/ou companheiro de Certidão de Casamento e ou comprovante de união estável e para o(s) filho(s) natural(is), adotivo(s), os reconhecidos judicialmente ou extrajudicialmente, e os tutelados ou sob guarda, da Certidão de Nascimento e da cópia autenticada do reconhecimento judicial ou extrajudicial ou Termo de Adoção ou Termo de Tutela ou Termo de Guarda, conforme o caso. A solicitação de inclusão de enteado como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de Certidão de Nascimento que comprove a filiação de um dos cônjuges ou companheiros

8.10. A solicitação de inclusão de companheiro (a) como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de comprovação da união estável, que se dará por meio de instrumento público ou de declaração de união estável de próprio punho, contendo os números da identidade e do CPF do (a) companheiro (a), endereço, tempo de convívio, números de identidade e assinaturas de duas testemunhas, com firma reconhecida do Beneficiário Titular e do(a) companheiro(a).

8.11. O Contratado poderá exigir cópias de documentos que comprovem as informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de residência) e condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

8.12. A falta de entrega de qualquer documento solicitado pelo Contratado dará a esta o direito de suspender o processo de inclusão no plano.

8.13. O Beneficiário Titular será solidariamente responsável pelos atos praticados pelos seus dependentes incluídos neste contrato.

8.14. Poderão ser incluídos Beneficiários Dependentes posteriormente à celebração deste contrato, desde que solicitado pelo Beneficiário Titular, observados os critérios de elegibilidade e o cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

Movimentação

8.15. Caberá à Contratante solicitar a inclusão, suspensão ou exclusão de Beneficiários no contrato.

8.16. A Contratante obriga-se a fornecer à Operadora, fisicamente ou por meio de ferramenta WEB, nos termos acordados na proposta de adesão, a relação de inclusões e exclusões de beneficiários no plano, contendo: os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, a vinculação com a empresa, indicação de dependência, documentos que comprovem a elegibilidade do titular e as condições de dependência, devendo informar também se há a previsão dos Beneficiários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste e de que maneira.

8.17. As Partes adotarão sistema eletrônico de informação de dados, em ambiente seguro, em que a Contratante terá ingresso mediante informação de login e senha. Por esse sistema serão realizadas todas as transferências de dados e documentos, bem como solicitações de inclusões, exclusões, avisos e notificações.

8.18. Nenhuma inclusão ou exclusão será processada sem a totalidade dos documentos exigidos pela Contratada, os quais são os abaixo arrolados, arcando a Contratante com a responsabilidade e os ônus advindos do atraso.

8.18.1. Documentos exigidos para inclusão:

- a) RG e CPF para todos titulares e dependentes.
- b) Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 16 anos (quando não possuir RG), ou documento que comprove que o titular é responsável.
- c) Cópia da Certidão de Casamento ou declaração de União Estável com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os companheiros).
- d) Comprovante de vínculo empregatício, E-social, Guia GFIP, Guia de FGTS para o titular.
- e) Ficha de inclusão.
- (f) Declaração de saúde e carta de orientação preenchidas, quando couber.
- (g) Protocolo de recebimento de GLC, MPS e cópia de contrato.
- (h) Termo de ciência e consentimento para tratamento de dados, conforme Lei 13.709/2018.

8.18.2. Documentos exigidos para exclusão:

- a) Ficha de exclusão, conforme RN 488/2022 e suas alterações posteriores, devidamente preenchida.
- b) de extinção do vínculo com a empresa, para os titulares.

8.19. A exclusão do Beneficiário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

8.20. Para fins de cumprimento da RN 488/2022, e suas alterações posteriores, nenhuma exclusão será aceita sem comprovação de que o ex-funcionário tenha sido comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

8.21. Nos termos da Resolução Normativa 561/2022, e suas alterações posteriores, nas hipóteses de solicitação de exclusão de beneficiário titular ou dependente, a Contratante tem o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da solicitação, para cientificar a Contratada do pedido de exclusão. Caso a Contratante deixe de providenciar a comunicação dentro do prazo estipulado, o beneficiário titular poderá requerer a exclusão diretamente à Contratada.

8.22. O número de beneficiários inscritos no ato da assinatura deste instrumento está descrito na proposta de adesão.

Terceirizados

8.23. É permitido à Contratante, de acordo com o art. 29, I da RN 557/2022, e suas alterações posteriores, admitir conjuntamente com empresas terceirizadas, filiais e pertencentes ao mesmo grupo econômico, como co-Contratantes, ficando a critério da Contratada a análise da possibilidade, data e forma da reunião dessas empresas.

8.24. A responsabilidade pela movimentação, faturamento, pagamento poderá ficar a cargo exclusivo da Contratante, ou de cada pessoa jurídica participante do grupo, sendo cabíveis a todas as participantes as exigências documentais e procedimentais expostas nessa Cláusula para admissão e exclusão.

8.25. Para fins de cumprimento das Resoluções Normativas/ANS - RN 565/2022, RN 558/2022 e RN 557/2022, e suas alterações posteriores, o número de vidas a ser considerado será o total da carteira apurada na somatória das vidas pertencentes ao grupo de empresas reunidas na contratação.

9. MUDANÇA DE PLANO

9.1. A mudança decorrente de alteração de rede menos abrangente para outra mais abrangente, além de implicar a rescisão deste contrato e elaboração de um novo, importará em acréscimo na mensalidade, cujo valor será informado ao Beneficiário na ocasião em que for solicitada a alteração e requererá a observância pelos Beneficiários do prazo de 180 (cento e oitenta) dias para utilização dos novos benefícios e 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos para utilização da nova rede contratada.

9.2. Durante o prazo estabelecido no item anterior, os Beneficiários continuarão a dispor das mesmas condições e benefícios do plano originário, ou seja, daqueles garantidos antes da alteração do plano.

10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1 Respeitados os prazos de carência, as exclusões estabelecidas nestas Condições Gerais,

este Contrato assegurará ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes a cobertura das despesas odontológicas relacionadas no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, editado pela ANS, e suas atualizações, bem como as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

10.2 A cobertura dos procedimentos listados na cláusula 10.1 ocorrerá, única e exclusivamente, na rede credenciada constante no Guia do Usuário, na área de abrangência do plano contratado e nos limites e condições ora pactuados.

10.3. Estão previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos atualmente:

Adequação do meio bucal
Ajuste oclusal por acréscimo
Ajuste oclusal por desgaste seletivo
Alveoloplastia
Amputação radicular com obturação retrógrada
Amputação radicular sem obturação retrógrada
Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
Aplicação de cariostático (com diretriz de utilização)
Aplicação de selante (com diretriz de utilização)
Aplicação tópica de flúor
Aplicação tópica de verniz fluoretado
Aprofundamento/aumento de vestibulo
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
Atividade educativa em saúde bucal
Aumento de coroa clínica
Biopsia de boca (com diretriz de utilização)
Biopsia de lábio (com diretriz de utilização)
Biopsia de língua (com diretriz de utilização)
Biopsia de mandíbula (com diretriz de utilização)
Biopsia de maxila (com diretriz de utilização)
Bridectomia
Bridotomia
Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final
Cirurgia para torus mandibular bilateral
Cirurgia para torus mandibular unilateral

Cirurgia para torus palatino
Cirurgia periodontal a retalho
Colagem de fragmentos dentários
Condicionamento em odontologia (com diretriz de utilização)
Consulta odontológica
Consulta odontológica de urgência em consultório
Consulta odontológica de urgência-12 horas (pronto-socorro)
Consulta odontológica de urgência-24 horas (pronto-socorro 24 h)
Consulta odontológica inicial
Controle de biofilme dental (placa bacteriana)
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
Coroa unitária provisória sem pino/provisório para preparo de restauração metálica fundida (rmf) - com diretriz de utilização
Coroa unitária provisória com pino/provisório para preparo de restauração metálica fundida (rmf) - com diretriz de utilização
Coroa total em cerômero- com diretriz de utilização
Coroa total metálica - com diretriz de utilização
Coroa total em cerômero de pré-molar á pré-molar
Cunha proximal
Dessensibilização dentária
Documentação ortodôntica inicial
Documentação ortodôntica final
Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes pne
Exérese de lipoma na região bucomaxilofacial
Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila (com diretriz de utilização)
Exérese ou excisão de cálculo salivar
Exérese ou excisão de mucocelo
Exérese ou excisão de rânula
Exodontia a retalho
Exodontia de dentes inclusos / impactados supranumerários
Exodontia de dentes semi-inclusos / impactados supranumerários
Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
Exodontia de raiz residual
Exodontia simples de decíduo
Exodontia simples de permanente
Faceta direta em resina fotopolimerizável
Frenotomia/frenulotomia labial
Frenulectomia labial
Frenulectomia lingual

Frenulotomia lingual
Gengivectomia
Gengivectomia por elemento
Gengivoplastia
Imobilização dentária em dentes decíduos
Imobilização dentária em dentes permanentes
Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo)
Núcleo de preenchimento
Odonto-seção
Preparo para núcleo intrarradicular
Profilaxia: polimento coronário
Pulpotomia
Pulpotomia em dente decíduo
Punção aspirativa na região bucomaxilofacial
Radiografia interproximal - bite-wing
Radiografia oclusal
Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
Radiografia periapical
Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal
Raspagem supra-gengival e polimento coronário
Reabilitação com coroa de acetato em dente decíduo
Reabilitação com coroa de aço em dente decíduo
Reabilitação com coroa de policarbonato em dente decíduo
Reabilitação com coroa total de cerômero unitária - inclui a peça protética (com diretriz de utilização)
Reabilitação com coroa total metálica unitária- inclui a peça protética (com diretriz de utilização)
Reabilitação com núcleo metálico fundido- inclui a peça protética (com diretriz de utilização)
Reabilitação com pino pré-fabricado - inclui a peça protética (com diretriz de utilização)
Reabilitação com restauração metálica fundida (rmf) unitária - inclui a peça protética (com diretriz de utilização)
Recimentação de peça/trabalho protético
Reconstrução de sulco gengivo-labial
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
Redução de luxação da atm (com diretriz de utilização)
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
Reembasamento de coroa provisória
Reimplante de dente avulsionado com contenção
Remineralização dentária
Remoção de corpo estranho intracanal
Remoção de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial

Remoção de dentes inclusos / impactados
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
Remoção de dreno extra-oral
Remoção de dreno intra-oral
Remoção de núcleo intracanal
Remoção de peça/trabalho protético
Remoção dos fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)
Restauração em amálgama 1f
Restauração em amálgama 2f
Restauração em amálgama 3f
Restauração em amálgama 4f
Restauração em ionômero de vidro
Restauração em resina fotopolimerizável 1f
Restauração em resina fotopolimerizável 2f
Restauração em resina fotopolimerizável 3f
Restauração em resina fotopolimerizável 4f
Restauração temporária / tratamento expectante
Retratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes
Retratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes
Retratamento endodôntico unirradicular em dentes permanentes
Sutura de ferida em região bucomaxilofacial (com diretriz de utilização)
Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal (com diretriz de utilização)
Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal (com diretriz de utilização)
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial (com diretriz de utilização)
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco- maxilo-facial (com diretriz de utilização)
Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial (com diretriz de utilização)
Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução (com diretriz de utilização)
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial (com diretriz de utilização)
Tratamento de abscesso periodontal
Tratamento de alveolite
Tratamento de perfuração (radicular/câmara pulpar)
Tratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
Tratamento endodôntico em dente decíduo
Tratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes
Tratamento endodôntico unirradicular em dentes permanentes
Tratamento restaurador atraumático em dente decíduo (com diretriz de utilização)
Tratamento restaurador atraumático em dente permanente (com diretriz de utilização)

Tunelização (com diretriz de utilização)
Ulectomia
Ulotomia

10.4. De acordo com os padrões técnicos odontológicos aceitos, alguns procedimentos estão sujeitos a prazos mínimos de repetição. Estes procedimentos podem, no entanto, ser autorizados fora dos prazos, desde que haja necessidade imperiosa ou indicação técnica, constatada após auditoria realizada pelo Contratado.

10.5. Estarão cobertos pelo contrato os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1. Estão expressamente excluídas das coberturas deste contrato, conforme disposto na Lei nº 9.656/98, e mesmo que em razão de acidente pessoal, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados. Esta cláusula prevalece sobre as demais.

- a) Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e materiais odontológicos, quando, por imperativo clínico, for necessária a realização de procedimentos em estrutura hospitalar, listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento. Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.
- b) O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.
- c) Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e a estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.
- d) Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua assinatura, exceto se incorporados ao Rol de Procedimentos Odontológicos pelo órgão regulador.
- e) Procedimentos para correção estética.
- f) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.
- g) Implantes, próteses sobre implantes e transplantes.
- h) Procedimentos com laser terapia
- i) Ortodontia
- j) Procedimentos com toxina botulínica
- k) Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto

na cláusula de urgência e emergência.

- l) Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, vigente à época do evento.
- m) Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, na segmentação assistência médica, vigente à época do evento, e suas despesas hospitalares.
- n) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.
- o) Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.
- p) Igualmente não haverá nenhuma cobertura para as despesas ou os custos decorrentes da ausência do Beneficiário à consulta por ele marcada.

12. DURAÇÃO DO CONTRATO

12.1 No caso de Grupo Beneficiado de 2 (dois) a 99 (noventa e nove) Beneficiários, o início de vigência do contrato será sempre 15 dias após a assinatura da Proposta Comercial Odontológica, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento ao Contratado ou, alternativamente, em caso de não aceitação, o Contratado providencie a devolução do valor da primeira mensalidade a Contratante.

12.2. No caso de Grupo Beneficiado acima de 100 (cem) Beneficiários ou mais, o início de vigência do Contrato será aquele acordado entre as partes no Contrato, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento ao Contratado ou, alternativamente, em caso de não aceitação do contrato, o Contratado providencie a devolução do valor da primeira mensalidade à Contratante.

12.3. A vigência mínima é de 24 (vinte e quatro) meses, quando será renovado automaticamente e passará a vigorar por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

13. PRAZOS DE CARÊNCIA

13.1. Carência é o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência, durante o qual o Beneficiário Titular e/ou Dependente não gozam do direito a coberturas e procedimentos.

13.2. Para o presente contrato não será exigido o cumprimento de carências, somente na ocorrência dos dois requisitos abaixo de forma concomitante:

- a) se o número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta) e
- b) para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

13.3 Ressalvada a hipótese acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contado do ingresso do Beneficiário no contrato de plano de saúde;

sendo os seguintes os prazos de carência:

EVENTOS	CARÊNCIA
Diagnóstico	
Consulta odontológica inicial	24 h
Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	180 dias
Urgência	
Ajuste oclusal por desgaste seletivo	24 h
Colagem de fragmentos dentários	24 h
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	24 h
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	24 h
Exodontia simples de decíduo	24 h
Exodontia simples de permanente	24 h
Imobilização dentária em dentes permanentes	24 h
Incisão e drenagem intra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	24 h
Incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	24 h
Pulpotomia	24 h
Pulpectomia	24 h
Recimentação de trabalho protéticos	24 h
Reimplante dentário com contenção	24 h
Remoção de trabalho protético	24 h
Restauração temporária / tratamento expectante	24 h
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	24 h
Tratamento de alveolite	24 h
Prevenção	
Atividade educativa em saúde bucal	60 dias
Aplicação tópica de flúor	60 dias
Controle de biofilme (placa bacteriana)	60 dias
Profilaxia: polimento coronário	60 dias
Raspagem supra-gengival	60 dias
Teste de contagem microbiológica (teste ph da saliva)	60 dias
Radiologia	
Levantamento radiográfico - exame radiodôntico/periapical completo	24 h
Radiografia interproximal - <i>bite-wing</i>	60 dias
Radiografia oclusal	60 dias
Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)	180 dias

Radiografia periapical	24 h
Odontopediatria	
Adequação do meio bucal (por arcada)	60 dias
Aplicação de carioestático	24 h
Aplicação de selante de fósulas e fissuras	60 dias
Condicionamento em odontologia	90 dias
Coroa de acetato em dente decíduo	180 dias
Coroa de policarbonato em dente decíduo	180 dias
Coroa de aço em dente decíduo	180 dias
Exodontia simples de decíduo	24 h
Pulpotomia	24 h
Reimplante dentário com contenção	24 h
Remineralização	60 dias
Restauração atraumática em dente decíduo	60 dias
Tratamento endodôntico em dente decíduo	180 dias
Dentística	
Colagem de fragmentos dentários	24 h
Dessensibilização dentária	60 dias
Faceta direta em resina fotopolimerizável	180 dias
Núcleo de preenchimento	90 dias
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	90 dias
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	90 dias
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	90 dias
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	90 dias
Restauração a pino	90 dias
Restauração de amálgama 1 face	90 dias
Restauração de amálgama 2 faces	90 dias
Restauração de amálgama 3 faces	90 dias
Restauração de amálgama 4 faces	90 dias
Restauração em ionômero de vidro - 1 face	90 dias
Endodontia	
Capeamento pulpar direto	90 dias
Remoção de corpo estranho intracanal	24 h
Remoção de núcleo intrarradicular	24 h
Remoção de trabalho protético	24 h
Retratamento endodôntico unirradicular	180 dias

Retratamento endodôntico birradicular	180 dias
Retratamento endodôntico multirradicular	180 dias
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	180 dias
Tratamento de perfuração endodôntica	180 dias
Tratamento endodôntico unirradicular	180 dias
Tratamento endodôntico birradicular	180 dias
Tratamento endodôntico multirradicular	180 dias
Periodontia	
Ajuste oclusal por desgaste seletivo	24 h
Aumento de coroa clínica	180 dias
Cunha proximal	180 dias
Cirurgia periodontal a retalho	180 dias
Enxerto pediculado	180 dias
Gengivectomia	180 dias
Gengivoplastia	180 dias
Imobilização dentária em dentes permanentes	24 h
Odonto-seção	180 dias
Raspagem sub-gengival / alisamento radicular	60 dias
Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)	60 dias
Tratamento de abscesso periodontal agudo	24 h
Tunelização	180 dias
Cirurgia	
Alveoloplastia	180 dias
Amputação radicular com obturação retrógrada	180 dias
Amputação radicular sem obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	180 dias
Aprofundamento / aumento de vestibulo	180 dias
Biopsia de boca	180 dias
Biopsia de lábio	180 dias
Biopsia de língua	180 dias
Biopsia de glândula salivar	180 dias

Biopsia de maxila	180 dias
Biopsia de mandíbula	180 dias
Bridectomia	180 dias
Bridotomia	180 dias
Cirurgia para torus mandibular - bilateral	180 dias
Cirurgia para torus palatino	180 dias
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	24 h
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	24 h
Exérese ou excisão de cistos odontológicos	180 dias
Exérese ou excisão de rânula	180 dias
Exérese ou excisão de mucocèle	180 dias
Exérese ou excisão de cálculo salivar	180 dias
Exodontia simples de permanente	24 h
Exodontia a retalho	24 h
Exodontia de raiz residual	24 h
Frenulectomia labial	180 dias
Frenulotomia labial	180 dias
Frenulectomia lingual	180 dias
Frenulotomia lingual	180 dias
Incisão e drenagem intra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	24 h
Incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	24 h
Punção aspirativa na buco-maxilo-facial	180 dias
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	180 dias
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	180 dias
Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (atm)	24 h
Reimplante dentário com contenção	24 h
Remoção de dentes inclusos / impactados	180 dias
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	180 dias
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	24 h
Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	180 dias
Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	180 dias
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	180 dias
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	180 dias
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial	180 dias
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilofacial	180 dias
Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução	180 dias

Tratamento da alveolite	24 h
Ulectomia	180 dias
Ulotomia	180 dias
Prótese	
Coroa provisória com pino	180 dias
Coroa provisória sem pino	180 dias
Coroa total em cerômero (somente para dentes anteriores)	180 dias
Coroa total em cerômero de pré-molares á pré-molares	180 dias
Coroa total metálica	180 dias
Documentação ortodôntica inicial e final	180 dias
Núcleo metálico fundido	180 dias
Recimentação de trabalhos protéticos	24 h
Restauração metálica fundida	180 dias

13.4 Os prazos de carência poderão ser negociados entre as PARTES e estabelecidas em Anexo contratual.

13.5 Ultrapassados todos os prazos e condições previstas neste instrumento não haverá isenção de carências, devendo estas serem cumpridas integralmente, nos moldes deste contrato.

13.6 Serão considerados os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo Beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos.

13.7 Nessa hipótese, será cabível a imposição de novos períodos de carência, quando no presente plano for garantido acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se área de abrangência maior que a anterior. As carências serão cobradas somente em relação às novas condições acrescentadas pelo Contrato atual.

14. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1 Ao Beneficiário será assegurado o atendimento de urgência e emergência, conforme procedimentos listados abaixo, dentro da área de abrangência do plano, decorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

Consulta de urgência - aquela caracterizada por sofrimento intenso que justifique atendimento imediato, tais como:

- curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
- curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; extrações simples, imobilização dentária temporária; recimentação de trabalho protético;
- tratamento de alveolite, pericoronarite, pericementite; incisão e drenagem de abscesso extra e intraoral; reimplante de dente avulsionado.

14.2 Quando não for possível a utilização da Rede Credenciada, em situações de emergência e/ou urgência, dentro da área de abrangência do plano, o Contratado se responsabiliza, dentro dos limites e condições contratuais, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência odontológica do Beneficiário.

14.3 O Beneficiário para se habilitar ao reembolso das despesas odontológicas por ele diretamente efetuadas, deverá apresentar ao Contratado no prazo máximo de 1 (um) ano contado a partir da data do início do evento, os seguintes documentos:

- Comprovação da impossibilidade de utilização da rede própria ou credenciada informada no Guia do Usuário;
- Conta discriminada das despesas, incluindo relação dos serviços executados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas da pessoa jurídica prestadora do atendimento;
- Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários do dentista assistente, de assistentes com seus números de registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no CPF/MF, bem como a discriminação dos serviços realizados; e
- Relatório odontológico que informe o diagnóstico, o tratamento efetuado e a data de realização do procedimento.

14.4 O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em até 30 (trinta) dias após a data da entrega da documentação completa nas agências de atendimento do Contratado, e poderá ser feito mediante:

- Crédito em conta-corrente, com a indicação do banco e do número da conta-corrente do favorecido, que deverá sempre ser o Beneficiário que sofreu o procedimento ou o Beneficiário Titular; ou
- Cheque emitido pelo Contratado e recebido em sua sede.

14.5 O reembolso deverá ser requerido em até, no máximo, 1 (um) ano, a contar do atendimento de urgência/emergência. Após o referido prazo, o Contratado não estará obrigado a reembolsar a despesa com o referido atendimento.

14.6 Não serão reembolsados os eventos os procedimentos sem previsão de cobertura contratual e que não constarem Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações.

14.7 É vedada a transferência a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência odontológica pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependente(s) vivos.

14.8 O reembolso será realizado nos valores praticados pelo Contratado à sua rede credenciada.

15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

15.1 Identificação do Beneficiário

15.1.1. O Contratado fornecerá para cada Beneficiário um Cartão de Identificação que,

acompanhado de um documento de identidade com foto, o habilitará a utilizar o plano de odontológico.

15.1.2. Em caso de perda do Cartão de Identificação de qualquer Beneficiário, a Contratante deverá solicitar emissão de segunda via, cujo custo lhe será cobrado na fatura de pagamento seguinte ao pedido.

15.1.3. A não comprovação da identificação por ocasião do atendimento impedirá que ele seja realizado, sem que caiba ao Contratado qualquer responsabilidade sobre o fato e suas consequências.

15.1.4. O Contratado se reserva o direito de instituir outros sistemas de identificação ou promover a troca periódica de documentos.

15.1.5. Será considerada fraude a utilização da assistência odontológica mediante o Cartão de Identificação do plano por pessoa que não seja o próprio Beneficiário.

15.1.6. Nos casos de exclusão de Beneficiários e de cancelamento deste contrato, é responsabilidade da Contratante recolher e devolver ao Contratado as respectivas carteiras de identificação, bem como assumir inteiramente a responsabilidade perante o Contratado por sua utilização indevida, desde que comprovada sua culpa.

15.2 Documentação Contratual

15.2.1. São considerados como documentos do plano contratado este Contrato e a Proposta Comercial Odontológica, o Cartão de Identificação de Beneficiário, o Guia do Usuário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, os termos aditivos e eventuais relatórios odontológicos, periciais ou não.

15.2.2. O Beneficiário Titular e seus Dependentes obrigam-se a fornecer ao Contratado todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos e apresentar, quando solicitado:

- Identidade;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Certidão casamento ou outro documento que comprove seu estado civil, certidão de nascimento, termo de adoção, termo de guarda ou tutela, comprovação do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade, laudo de exames realizados, e outros documentos que venham a ser solicitados.

15.3 Prioridades no Atendimento

Pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos serão privilegiadas na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, com prioridade para casos de urgência ou emergência, conforme inciso II do artigo 18 da Lei nº 9.656/98, cabendo ao prestador do atendimento respeitar esse direito.

15.4 Rede de Atendimento

15.4.1. Os serviços odontológicos integrantes deste contrato serão realizados, pela rede credenciada listada no Guia do Usuário do plano contratado.

15.4.2. O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva do Contratado, que o usará sempre com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento para os Beneficiários, em cumprimento do que determina o art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

15.4.3. O Contratado reserva-se o direito de substituir os serviços credenciados, desde que por equivalentes e mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias aos Beneficiários e à ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

15.4.4. O Contratado reserva-se o direito de substituir os serviços credenciados, com o objetivo de melhorar a qualidade de atendimento aos Beneficiários, desde que por outros equivalentes e mediante comunicação aos Beneficiários com 30 dias de antecedência.

15.4.5. As referidas comunicações das alterações e atualizações de os serviços credenciados serão efetuadas através do site do Contratado (www.levesaude.com.br), no link “REDE”, item “ATUALIZAÇÕES DE REDE”.

15.4.6. É direito dos Beneficiários ter acesso aos meios de divulgação da Rede Credenciada através dos seguintes canais de comunicação: Guia do Usuário, Portal da LEVE SAÚDE - endereço eletrônico: www.levesaude.com.br e Central de Atendimento.

15.5 Autorização e Auditoria Prévias

15.5.1. Os serviços e atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização e auditoria técnica prévias da Operadora, a seu exclusivo critério, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência, na forma da Lei 9.656/98.

15.5.2. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos somente serão autorizados se solicitados pelo cirurgião-dentista, devidamente registrado em seu conselho profissional.

15.5.3. As autorizações serão obtidas pelo Beneficiário por meio dos canais digitais da Operadora.

15.5.4. Estão sujeitos à autorização prévia todos os procedimentos e eventos que integram a cobertura deste contrato e que tenham natureza eletiva.

15.5.5. Nos procedimentos que exigem autorização e auditoria prévia, o Contratado garantirá ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador nos prazos estabelecidos pela regulação aplicável expedida pela ANS, a partir do momento da solicitação.

15.5.6. A Operadora indicará os documentos necessários para análise e poderá solicitar, em qualquer etapa do processo de autorização de procedimentos, a apresentação de documentos complementares que auxiliem na análise técnica do(s) procedimento(s) solicitado(s), a exemplo de laudos de exames, justificativas do cirurgião-dentista, dentre outros.

15.5.7. A Operadora não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com profissionais contratados ou não, a não ser que tenha previamente autorizado a fazê-lo mediante documento escrito. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

15.5.8. Incorrendo na hipótese do item anterior, de autorização de realização de acordos particulares, o beneficiário deverá apresentar os valores gastos à Operadora, mediante documentos, recibos e notas fiscais originais. O reembolso, depois de apresentada toda documentação solicitada, será realizado em até 30 dias.

15.5.9. A guia de autorização emitida tem validade por 30 dias e, após esse prazo, o beneficiário terá que renová-la no setor de atendimento da Operadora.

15.6 Junta Odontológica

15.6.1. No caso de situações de divergências odontológicas a respeito de auditoria, a definição de impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante, por cirurgião-dentista da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

15.6.2. Havendo instauração de junta odontológica, o beneficiário poderá ser notificado para participar, prestar esclarecimentos e apresentar laudos e exames e o seu procedimento obedecerá à regulamentação da ANS.

16. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

16.1. Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre CONTRATANTE e CONTRATADA, de acordo com as condições firmadas e constantes na proposta de admissão, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária efetuado pela CONTRATANTE antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas

16.2 MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO

16.2.1 O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste Contrato, é de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, excetuados os casos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9.656/98, os casos de contratação por empresas públicas, e as situações em que os beneficiários podem receber os boletos diretamente conforme normativa vigente.

16.2.2 Os valores pagos a título de coparticipação, se houver, serão encaminhados juntamente com o boleto mensal, no prazo de até 180 dias da utilização, de forma destacada.

16.2.3 Caso a CONTRATANTE não receba a fatura ou outro instrumento virtual de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à OPERADORA, ou baixar do sítio eletrônico da CONTRATANTE, na área do cliente.

16.2.3 Ficará a cargo da OPERADORA a escolha do modo de cobrança mais adequado à região, ficando, desde já autorizada pela CONTRATANTE a enviar o boleto, fatura, nota fiscal de serviços e relatórios financeiros por meio de endereço eletrônico, informado nesse contrato.

16.2.4 Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário.

16.2.5 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

16.2.6 Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, será cobrada multa em favor da CONTRATADA de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária pelo IGPM.

16.2.7 Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias superiores a 7 (sete) dias, a OPERADORA poderá, a seu critério, suspender o contrato.

16.2.8 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês, não quita débitos anteriores.

16.2.9 O preço por Beneficiário cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na Solicitação de Inclusão será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração

cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de beneficiários, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

16.2.10 A CONTRATANTE tem conhecimento de que, na hipótese de atraso ou inadimplemento de quaisquer das parcelas da contraprestação pecuniária, o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros órgãos de restrição de crédito, além de estar sujeito à cobrança judicial, observada a legislação vigente.

16.2.11 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

16.3 Beneficiários pagantes diretamente à Operadora, Administradora e a Empresas Terceirizadas

16.3.1 Os Beneficiários demitidos, exonerados e aposentados que fazem jus ao direito previsto no art. 30 e art. 31 da Lei 9.656/98 e que o exercerem conforme legislação vigente e no prazo estabelecido são integralmente responsáveis pelos valores de sua mensalidade e de seu grupo familiar. São responsáveis também pelo pagamento de suas mensalidades os beneficiários para os quais a regulamentação dos planos de saúde permite o envio de cobrança diretamente pela OPERADORA, ADMINISTRADORA ou por empresas terceirizadas de cobrança.

16.3.2 Não caberá qualquer cobrança à CONTRATANTE de eventuais atrasos ou inadimplência dos Beneficiários demitidos, exonerados e aposentados, únicos responsáveis pelo pagamento e consequências do inadimplemento de sua obrigação.

16.3.3 Os boletos de cobrança de mensalidade serão disponibilizados no site da CONTRATADA, ou encaminhados endereço informado pelo BENEFICIÁRIO, ou no seu e-mail, ou por mensagens eletrônicas, na oportunidade da opção pela manutenção ao plano.

16.3.4 Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, será cobrada multa em favor da OPERADORA de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária.

16.3.5 O BENEFICIÁRIO que não pagar sua(s) mensalidade(s) será notificado por um dos seguintes meios, desde que informados na Proposta de Adesão:

- a) correio eletrônico (e-mail);
- b) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia (whatsapp, telegrama)
- c) ligação telefônica gravada,
- d) carta, ou outros meios.

16.3.6 Uma vez notificado, por um dos meios citados, o BENEFICIÁRIO terá o prazo de 10 dias corridos para pagar integralmente o débito constante na notificação, sob pena de exclusão do plano.

16.3.7 O BENEFICIÁRIO será excluído, se deixar de pagar sua(s) mensalidade(s), e quando notificado para pagar, não o fizer, ou fazê-lo parcialmente, no prazo de 10 (dez) dias corridos da ciência. A OPERADORA o notificará da inadimplência ocorrida até o quinquagésimo dia do não pagamento. Caso a OPERADORA opte por notifica-lo após o quinquagésimo dia, será concedido o mesmo prazo de 10 (dez) dias corridos para pagamento.

16.3.8 Após esgotadas as tentativas de notificação pelos meios de contato informados pelo beneficiário, ainda que não confirmada a sua ciência, a OPERADORA cancelará sua adesão,

decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

16.3.9 O atendimento será automaticamente suspenso ao Beneficiário que não pagar sua mensalidade no prazo de 30 (trinta) dias, desde que previamente informado por um dos meios de contato oferecidos na contratação.

16.3.10 Devido à imposição da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Contratado dará ciência à CONTRATANTE da exclusão unilateral realizada pela OPERADORA.

16.3.11 É obrigação do BENEFICIÁRIO manter seus dados atualizados, sob pena de ser excluído do contrato coletivo ou sofrer suspensão do atendimento.

17. REAJUSTE

17.1 O Contratado aplicará anualmente sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, o Índice de Reajuste (IR) composto pelo Reajuste Técnico, Reajuste Financeiro e Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias, podendo a aplicação destes ocorrer de forma cumulativa ou não, conforme a seguir:

$$IR = [(1 + RF) \times (1 + RT) \times (1 + RINT)] - 1$$

Onde,

IR = Índice de Reajuste (em %) RF = Reajuste Financeiro

RT = Reajuste Técnico (sinistralidade)

RINT = Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias

17.2 O Reajuste Financeiro terá por base a Variação dos Custos Odontológicos (honorários odontológicos, materiais, medicamentos e demais despesas assistenciais) per capita, apurada no período de 24 (vinte e quatro) meses, comparando os 12 (doze) meses imediatamente anteriores, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

17.3 O Reajuste Técnico (por sinistralidade) visa a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e é calculado utilizando-se a seguinte fórmula:

$$RT = (\Sigma D / \Sigma M / IE) - 1$$

Onde,

RT = Reajuste Técnico (em %)

ΣD = Total de despesas (sinistro) apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

ΣM = Total de mensalidades de 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

IE = Índice de Equilíbrio de 65% para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários; 65% para os contratos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) beneficiários; 70% para os contratos com 100 (cem) ou mais beneficiários.

17.4 Caso a aplicação da fórmula acima resulte em valor igual ou inferior a zero, o valor da mensalidade do contrato não sofrerá alteração referente ao Reajuste Técnico.

17.5 O Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias será aplicado sobre a mensalidade sempre que houver incorporação de nova cobertura ao contrato.

17.6 O Contratado poderá ainda para os contratos componentes da carteira dos planos coletivos que possuam entre 2 (dois) a 99 (noventa e nove) Beneficiários, apurar o Reajuste Técnico utilizando como base todos os contratos integrantes desta carteira.

17.7 Independente da data de inclusão dos Beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato, sendo certo que não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

17.8 O contrato não poderá sofrer reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de acréscimo de cobertura ou mudanças na legislação em vigor.

17.9 O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, pelo mesmo índice, de acordo com as condições aqui dispostas.

17.10 Eventualmente ou por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as condições previstas neste contrato, incluindo as datas e/ou períodos de apuração para cálculo do Índice de Reajuste (IR) poderão ser modificados.

17.11 Os reajustes acima mencionados quando aplicados sobre as mensalidades, serão divulgados e comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme legislação e normas vigentes.

18. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS

18.1 A Contratante deverá preencher a Proposta Comercial Odontológica, anexando os documentos do Beneficiário que comprovem a participação societária ou vínculo com a Contratante, nas formas empregatícia ou estatutária, bem como os documentos abaixo relacionados:

- a) Contrato ou Estatuto Social devidamente registrado na Junta Comercial ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
- b) Comprovante de Inscrição no CNPJ/MF;
- c) Folha de registro dos funcionários incluídos no contrato, quando for o caso;
- d) Relação atualizada de funcionários inscritos no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, acompanhada da última guia de recolhimento (GFIP) quitada.

18.2 De acordo com as declarações constantes da Proposta Comercial Odontológica, o Beneficiário Titular poderá ser:

- a) **Contribuinte:** é o Beneficiário Titular que contribui para custear parte ou

integralidade da mensalidade de seu produto privado de assistência odontológica oferecido pela Contratante em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, à exceção dos valores relacionados a pagamentos vinculados à(aos) Beneficiário(s) Dependente(s) e à coparticipação.

- b) **Não Contributário:** é o Beneficiário Titular que não contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu produto privado de assistência odontológica oferecido pela Contratante em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, recaiando o ônus do custeio totalmente sobre a Contratante. Não se caracteriza em qualquer hipótese a contributividade, os valores relacionados a pagamentos vinculados à(aos) Beneficiário(s) dependente(s) e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência odontológica.

18.3 A responsabilidade pelo recolhimento das contribuições e efetivo pagamento das mensalidades integrais ao Contratado, em qualquer dos critérios anteriores, é da Contratante.

18.4 Ao Beneficiário contributivo, no caso de demissão ou exoneração sem justa causa do contrato de trabalho pelo Contratado e no caso de aposentadoria, é assegurada a manutenção de sua condição de Beneficiário no mesmo plano contratado pelo Contratante, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Assuma o pagamento integral da mensalidade;
- b) O contrato celebrado entre a Contratante e o Contratado esteja em vigor; e
- c) Opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação da Contratante, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

18.5 A responsabilidade pelo recolhimento das contribuições e efetivo pagamento das mensalidades integrais ao Contratado, em qualquer dos critérios anteriores, é da Contratante.

18.6 O direito de manutenção da condição de beneficiário é exclusivo aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa contributivos e aposentados contributivos. Os ex-empregados demitidos ou exonerados por justa causa Contributivos ou não, os ex-empregados demitidos e exonerados sem justa causa não contributivos, e os aposentados não contributivos não fazem jus aos direitos especificados nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

18.6.1 Quando o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optar pela sua manutenção na condição de Beneficiário Inativo, esta se dará no mesmo contrato celebrado com a Contratante com a manutenção das condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador previstas no produto privado de assistência odontológica para os Beneficiários Ativos, inclusive no que se refere as negociações futuras que venham a ser firmadas entre Contratante e o Contratado, em especial, no que tange a preço, faixa etária, fator moderador e outros.

18.6.2 Qualquer alteração na regra do item anterior poderá ocorrer desde que haja mútuo e expresse acordo entre a Contratante e o Contratado, desde que não haja vedação legal.

18.7. O período de manutenção da condição de Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de sua permanência como Beneficiário contributivo, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

18.8. Ao Beneficiário aposentado que tenha contribuído no mínimo, 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção, como Beneficiário Inativo, no contrato coletivo firmado pela Contratante de forma vitalícia (enquanto o contrato estiver vigente).

18.9. Caso o Beneficiário aposentado tenha contribuído por período inferior a 10 (dez) anos será assegurado, ao se aposentar, o direito de se manter como Beneficiário Inativo, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

18.10. O período de manutenção da condição de Beneficiário pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é extensivo a todo o grupo familiar já inscrito quando da rescisão do contrato de trabalho, sendo certo que novas inclusões serão extensivas apenas ao novo cônjuge ou companheiro e/ou filhos.

18.11. Em caso de morte do Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é assegurada a permanência aos Beneficiários Dependentes desde que já inscritos no contrato, pelo tempo remanescente a que faria jus o Beneficiário Titular Inativo.

18.12. Não serão praticados preços diferenciados para os Beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, salvo em função dos mesmos se enquadrarem em faixas etárias diferenciadas, em regiões geográficas distintas, ou, caso , ainda, tenha sido contratado plano exclusivo para inativos.

18.13 Os direitos assegurados nesta cláusula deixarão de existir:
pelo decurso dos prazos de manutenção do benefício previsto nas Condições Gerais e na Lei nº 9.656/98; ou

- a) quando da admissão do Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou ainda
- b) quando da rescisão do contrato entre a Contratante e o Contratado, já que a vigência dos benefícios especificados nesta cláusula estará obrigatoriamente condicionada à vigência do contrato entre a Contratante e o Contratado.

18.14 Caso a Contratante contrate produto odontológico junto a outra Operadora, deverá incluir no novo contrato todos os beneficiários que anteriormente figuravam no contrato firmado com o Contratado, inclusive os beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, uma vez que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício ou estatutário e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da Contratante.

19.CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

19.1. A Contratante será responsável por solicitar a exclusão ou suspensão de Beneficiários no contrato, nos seguintes casos:

- a) Quando informada sobre a prática de fraude;
- b) Morte;
- c) Recusa de efetuar exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos do Grupo Beneficiado ou do Contratado;
- d) Cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante;
- e) Rescisão do contrato;
- f) Quando o Dependente perder essa condição.

19.2. Quando da cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante, esta ao solicitar a exclusão do ex-empregado deverá fornecer ao Contratado as seguintes informações:

- a) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa   aposentado que continua odontológico;
- c) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do produto privado de assistência odontológica; e
- d) Se o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

19.3. Tratando-se de exclusão de Beneficiário Contribut rio, decorrente de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, as informações deverão ser prestadas através de “DECLARAÇÃO EXPRESSA”, inclusive quando o pedido de exclusão se der pelo canal web, ou qualquer outra forma de comunicação, sendo certo que citada declaração deverá seguir o mesmo formato do modelo disponibilizado pelo Contratado, a qual faz parte destas Condições Gerais, devendo a mesma ser arquivada pela Contratante, pelo prazo de 5 (cinco) anos, e entregue ao Contratado sempre que solicitada.

19.4. A Contratante deverá sempre que solicitado pelo Contratado, no prazo máximo e improrrogável de 48 (quarenta e oito) horas, fornecer todas as informações e documentos pertinentes, relativos às solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares e seu(s) Dependente(s) do contrato.

19.5. A Contratante assumir  a responsabilidade por eventuais penalidades a que ao Contratado seja submetida, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos arts. 30 e 31 da Lei n  9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas pela Contratante ao Contratado, da mesma forma pelo inadimplemento das obrigações especificadas nestas Condições Gerais.

19.6. Ao Contratado poderá, em caso de fraude, excluir ou suspender a assistência odontológica dos Beneficiários, independentemente de concordância da Contratante.

19.7. A Contratante obriga-se à devolução de toda a documentação de identificação destinada ao uso do produto pertencente ao(s) Beneficiário(s) excluído(s), ficando ao Contratado, desde já, autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido dessa documentação.

20. RESCISÃO e SUSPENSÃO

20.1. Cumprido o prazo mínimo de vigência deste instrumento, este contrato poderá ser rescindido imotivadamente por quaisquer das partes Contratantes, sem aplicação de multa rescisória, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da Operadora quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta da Contratante;
- b) durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários;
- c) no caso de contratos celebrados por Empresário Individual, a Operadora deve seguir o estabelecido no item 20.4.

20.2. O atraso no pagamento das mensalidades pela Contratante por período superior a 15 (quinze) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, independentemente de notificação prévia, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, e caso a inadimplência persista por 30 (trinta) dias, a Operadora poderá denunciar o contrato, mediante notificação prévia de 5 (cinco) dias corridos, que poderá ser realizada por e-mail, whatsapp, via Portal.

20.3. O presente contrato também poderá ser rescindido motivadamente a qualquer momento, mediante prévia comunicação de uma parte a outra, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nos casos de fraude, na hipótese de desequilíbrio contratual e quando seja verificada quantidade de beneficiários abaixo do acordado entre as Partes para manutenção da vigência, caso aplicável.

20.4. O contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado por Empresário Individual poderá ser rescindido pela Operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

20.4.1. Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.

20.5. Se nos contratos coletivos empresariais celebrados por Empresários Individuais for verificada a ilegitimidade da Contratante no mês de aniversário do contrato, ou em qualquer outro momento, a Operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

20.6. Na ocorrência de rescisão contratual imotivada antes do período de 12 (doze) meses, a pedido da Contratante, caberá a esta pagar à Operadora multa pecuniária no valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito do Contratado de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente. Caberá a mesma multa, caso a Contratante retire, por movimentação, quase a totalidade do número de participantes do Contrato, antes do término da vigência de 12 (doze) meses.

20.7. Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato, sem implicar em penalidades.

20.8. As partes acordam pela rescisão contratual quando houver divergência quanto ao percentual de reajuste anual a ser aplicado neste instrumento.

20.9. Caso o pagamento esteja sob a responsabilidade direta do Beneficiário Titular, nos casos de demitidos, aposentados, intermediados por Administradora ou nas outras hipóteses normativas, em caso de inadimplência, haverá suspensão dos direitos contratuais a partir do 7º dia de atraso na mensalidade.

21.PROTEÇÃO DE DADOS E CONSENTIMENTO

As PARTES reconhecem que, para a execução do presente contrato, poderá ocorrer o tratamento de dados pessoais nos termos da Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), comprometendo-se a observar os princípios e fundamentos legais aplicáveis à matéria.

21.1 A CONTRATADA compromete-se a tratar os dados pessoais fornecidos pela CONTRATANTE exclusivamente para a finalidade prevista neste contrato, utilizando-os de forma ética, transparente e limitada ao necessário para a execução das obrigações contratuais.

21.2 A CONTRATADA declara que adota medidas técnicas e administrativas de segurança da informação, adequadas à proteção contra acesso não autorizado, perda, alteração ou divulgação indevida de dados pessoais, responsabilizando-se por eventuais danos decorrentes de falha, dolo ou negligência no tratamento.

21.3 A CONTRATANTE, ao fornecer seus dados pessoais e, se aplicável, os dados de seus representantes legais, prepostos, funcionários ou terceiros vinculados, autoriza expressamente seu uso na medida necessária à execução deste contrato, responsabilizando-se pela veracidade das informações prestadas.

21.4 Caso ocorra qualquer incidente de segurança envolvendo dados pessoais, a parte que tiver dado causa deverá comunicar imediatamente a outra, bem como tomar as medidas necessárias para mitigar os efeitos e prevenir novas ocorrências.

21.5 A CONTRATADA não compartilhará os dados com terceiros, salvo quando necessário para o cumprimento de obrigações legais, regulatórias ou contratuais, ou ainda mediante autorização expressa da CONTRATANTE.

22.DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1 O Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site <https://>.

22.2 A nomenclatura de doenças a que se refere este Contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID 10 - da Organização Mundial da Saúde.

22.3. Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais benefícios - maior rede, abrangência geográfica mais extensa, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O beneficiário que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pelo Contratado para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.

22.4. A autorização, por parte do Contratado, de eventos não previstos ou excluídos neste Contrato não confere ao Contratante o direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente Contrato, caracterizando mera liberalidade do Contratado.

22.5. A tolerância ou a demora do Contratado em exigir do Contratante o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo ser exigido seu cumprimento, dentro dos prazos estabelecidos pela lei civil para prescrição e decadência.

22.6. Não é admitida a presunção de que o Contratado ou o Contratante possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

22.7. O BENEFICIÁRIO autoriza a divulgação de suas informações de saúde e de seus dependentes no âmbito interno do Contratado, e entre esse e sua rede credenciada, para fins epidemiológicos, de auditoria e para cumprimento de exigências da ANS.

22.8. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como informação ao Contratante, a partir da data do respectivo pagamento.

22.9. A Contratante obriga-se à manutenção de seus dados cadastrais, comprometendo-se informar ao Contratado sempre que alterar o endereço, telefone, e-mail, entre outros, sob pena se, em não fazendo, ser responsabilizada pelas consequências de sua inércia.

22.10 Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço, endereço eletrônico, número de telefone ou de telefone celular, por parte da Contratante, esta será considerado notificado automaticamente de todas as correspondências enviadas pela OPERADORA para o último endereço, endereço

eletrônico, números de telefones, celulares informados, independentemente da respectiva comprovação de recebimento pela Contratante, inclusive nos casos de notificação para rescisão contratual e demais correspondências.

22.11. Os dispositivos contratuais que transcrevem regras previstas na legislação de saúde suplementar e demais normativos regulamentares acompanharão a vigência dos referidos atos, de forma que, quando cabível, posterior alteração promovida pelos órgãos competentes automaticamente produzirá efeitos sobre as respectivas cláusulas contratuais.

22.12 A Contratante assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades ou, ainda, pelo pagamento de sinistros a que o Contratado seja submetido ou obrigado a pagar, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por Beneficiários ou Ex-Beneficiários pleiteando coberturas contratuais ou alegando prejuízos a direitos relativos as coberturas contratuais, em especial nos casos em que esses direitos contrariem as regras e regulamentos exarados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

22.13. São documentos do presente contrato: o Contrato e Proposta Comercial Odontológica, seus anexos, os recibos, as declarações disponibilizadas no canal web, bem como as carteiras de identificação.

23. GLOSSÁRIO

Acidente Pessoal

É todo evento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, exclusiva 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.

Aniversário

É a data do término do prazo de vigência do contrato ou de cada renovação deste

Beneficiário Titular

Funcionário ou associado vinculado a Estipulante.

Beneficiário Dependente

Cônjuge ou Dependente direto do Beneficiário Titular, incluído na proposta.

Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto contado da data de inclusão de cada beneficiário, em que o Beneficiário Titular e/ou seu Dependente não terá direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos, independentemente de estar adimplente com a mensalidade do contrato.

Cobertura Assistencial

É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos odontológicos) organizada por segmentação a que o consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora.

Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para o Contratado, quanto para o Beneficiário.

Contrato

Documento que estabelece obrigações e direitos tanto do Contratado quanto do Beneficiário do plano de assistência odontológica.

Contratado

É o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda., que assume todos os riscos inerentes as coberturas de despesas odontológicas, nos termos e limites destas Condições Gerais.

Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pela Estipulante diretamente a operadora após a realização de procedimento.

Evento

Conjunto de ocorrências e serviços odontológicos que tenha por origem ou causa o mesmo dano involuntário a saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.

Evento Coberto

É o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, implique na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

Limitações de Cobertura

São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Mensalidade

Pagamentos efetuados pela Estipulante para custeio de plano odontológico.

Procedimento Estético

É todo procedimento clínico/cirúrgico que não vise a recuperação funcional de um órgão e/ou sistema.

Proposta Comercial Odontológica

Documento em que constam os dados cadastrais da Contratante e o perfil da empresa.

Rede Credenciada

É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente do Contratado, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) Beneficiário(s).

Segmentação Assistencial

E o tipo de cobertura contratada no produto de assistência odontológica.

Tabela de Serviços do Contratado

Tabela que relaciona todos os procedimentos utilizados na assistência odontológica dos Beneficiários.

Urgência

É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

24.ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito como competente o foro do domicílio da empresa Contratante, conforme mencionado na Proposta Comercial Odontológica, para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato.

TEI FATECIMENTO: (21) 2102 9797 / SAC (24 HORAS) 0800 723 9797