

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

### 1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

**PS ASSISTENCIA LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o N.º42270-3, classificada na modalidade Odontologia de Grupo, inscrita no CNPJ n.º 32.543.196/0001-57, situada à Av. Eldes Scherrer Sousa, nº 975, sala 801, Bairro Parque Residencial Laranjeiras, Serra, ES, CEP 29165-680.

### 2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Contratante é a pessoa física que manifesta sua intenção de contratação do plano de assistência odontológica, nos termos destas Condições Gerais, e que deverá apresentar cópia dos documentos listados abaixo, além, de preencher a Proposta de Adesão ao contrato odontológico por si e por seus dependentes:

- a) Nome;
- b) Filiação;
- c) Data de Nascimento;
- d) Inscrição no cadastro de pessoa física;
- e) Cédula de identidade – órgão expedidor;
- f) Endereço.
- g) Carteira Nacional de Saúde

**2.1** O Contratante é identificado também neste contrato como Beneficiário Titular. O Beneficiário Titular irá indicar expressamente os Beneficiários Dependentes.

**2.1.1** Para inclusão dos Beneficiários Dependentes, será exigida a apresentação dos mesmos dados listados acima.

**2.1.2** Beneficiário Titular e Beneficiário Dependente, neste Contrato, serão denominados simplesmente como beneficiário

### 3. OBJETO DO CONTRATO

O objeto deste Contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência odontológica pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes a rede credenciada, contratada ou referenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, para a Segmentação Odontológica com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal.

### 4. NATUREZA DO CONTRATO

Trata-se de um contrato de adesão, bilateral, na forma do Código Civil Brasileiro, e nos termos da Lei 9.656/98 e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Av. Eldes Scherrer Souza, 975, sala 801, Ed. Ative Empresarial, Pq. Residencial Laranjeiras,  
Serra – ES

## 5. TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação deste plano é individual ou familiar.

Plano individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de Beneficiários, pessoa física, com ou sem grupo familiar, Através dos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica.

## 6. TIPOS DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Garantia, ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica.

## 7. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Região estabelecida pela Operadora, para atendimento odontológico ao beneficiário. A abrangência geográfica deste plano, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação, é Grupo de Municípios, estando restritos os atendimentos aos Municípios do Estado do Espírito Santo.

## 8. FORMAÇÃO DO PREÇO

A formação do preço deste plano é preestabelecida, ou seja, o valor da mensalidade é calculado antes da utilização das coberturas contratadas, conforme valores constantes do Termo de Adesão, o qual constitui parte integrante e indissociável do presente Contrato.

## 9. REGISTRO DE PLANO NA ANS

O plano está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com o nome comercial **MEU DENTISTA INDIVIDUAL**, sob o registro Nº 488998/21-3.

## 10. CONTRATAÇÃO

**10.1** Este plano é destinado à pessoa física denominada Beneficiário, que poderá incluir os seus dependentes com grau de parentesco em relação ao Beneficiário Titular, sempre tendo como condição de admissão o preenchimento de Termo de Adesão.

**10.1.1** São Beneficiários dependentes em relação ao Beneficiário titular:

**a)** *Cônjuge ou companheiro (a) que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;*

**b)** *Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos ou até 24 anos, desde que matriculados em instituição de ensino superior. Os enteados, tutelados e os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos;*

**10.2** Os menores de 18 (dezoito) anos de idade poderão ser Beneficiários Titulares do contrato, desde que tenham um responsável legal, podendo este não ser Beneficiário do contrato, sendo somente o responsável pela contratação do plano.

**10.3** O Beneficiário Titular e o Responsável pela Contratação do Plano, em casos de Beneficiário Titular menor de 18 (dezoito) anos, serão os responsáveis pelas informações prestadas no momento da contratação do plano odontológico.

## **11. INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

**11.1** Os Beneficiários Dependentes poderão ser incluídos no plano odontológico durante a vigência do contrato, e deverão cumprir as carências estabelecidas nestas condições gerais.

**11.2** O filho adotivo menor de 12 (doze) anos poderá ser incluído no plano como Beneficiário Dependente e terá aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular e a solicitação deverá ocorrer até 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a condição de filho adotivo.

**11.3** O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente poderá ser incluído no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, e terá aproveitamento dos prazos de carência cumpridos pelo titular

## **12. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a Segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vigor na data da realização do evento conforme descritos no anexo ao contrato.

### **12.1 Alterações do Rol de Procedimentos**

Toda e qualquer alteração no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, será automaticamente incorporada ao presente contrato, estabeleça a mesma inclusão ou exclusão de coberturas.

### **12.2 Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas e Protocolo de Utilização**

Consideram-se de observância obrigatória, quando aplicáveis, as seguintes condições constantes da Norma instituidora do Rol de Procedimentos, ou o que porventura vier a substituí-las:

**12.2.1** Diretrizes de Utilização – DUT, que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol de Procedimentos;

**12.2.2** Protocolo de Utilização – PROUT para alguns procedimentos e eventos em saúde listados no Rol.

## **13. EXCLUSÕES DE COBERTURAS**

Estão expressamente excluídas da cobertura deste contrato as despesas relacionadas a seguir:

**13.1** Toda e qualquer despesa de natureza hospitalar porventura necessária à realização de Procedimentos cobertos pelo presente contrato;

**13.2** Assistência domiciliar de qualquer natureza;

**13.3** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

**13.4** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

**13.5** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

**13.6** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

**13.7** Tratamento odontológico decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

**13.8** Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de urgência e emergência, exames, terapia e consultas odontológicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Odontologia – CRO;

**13.9** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/ odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

**13.10** Exames não solicitados pelo Odontólogo assistente;

**13.11** Remoções do Beneficiário;

**13.12** Todo e qualquer atendimento médico hospitalar;

**13.13** Todos os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS na Segmentação Odontológica, vigente à época do evento.

#### **14. VIGÊNCIA E CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

**14.1** O período inicial de vigência do contrato é de 24 (vinte e quatro) meses.

**14.2** O contrato tem renovação automática por período indeterminado, após o período inicial de vigência.

**14.3** Quando este contrato for renovado por período indeterminado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

#### **15. CARÊNCIAS**

**15.1** Os Beneficiários cumprirão os prazos de carência descritos a seguir.

<b><u>Prazo para aquisição do direito de uso</u></b>	<b><u>Procedimentos/Eventos Odontológicos</u></b>
<b>24 horas da aceitação da proposta de adesão</b>	Urgências e/ou emergências odontológicas
<b>Após 30 (trinta) dias da aceitação da Proposta de Adesão</b>	Todos os procedimentos, exceto cirurgias, endodontia e periodontia.
<b>Após 90 (noventa) dias da aceitação da Proposta de Adesão</b>	Cirurgia e Endodontia.
<b>Após 120 (cento e vinte) dias da aceitação da Proposta de Adesão</b>	Periodontia.
<b>Após 180 (cento e oitenta) dias da aceitação da Proposta de Adesão</b>	Prótese.

#### **16. URGÊNCIA E EMERGENCIA**

Quando não for possível a utilização da rede credenciada dentro da área geográfica de abrangência, **NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA**, fica garantido o reembolso dos procedimentos cobertos ao Beneficiário, de acordo com a Tabela **MEU DENTISTA**, a qual está disponível a todos os Beneficiários no website da empresa **www.meudentista.com.br**

**16.1** O valor a ser reembolsado não será inferior ao valor praticado na rede credenciada.

**16.2** O reembolso será efetuado ao Beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento de todos os documentos originais específicos para o atendimento de urgência e emergência, conforme descrito nestas Condições Gerais.

**16.3** O prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos na abrangência de atuação da operadora.

**16.4** Os documentos necessários para a solicitação do reembolso para os casos de urgência e emergência são:

**a)** Formulário próprio da Operadora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo Prestador;

**b)** Recibo original impresso do próprio dentista e/ou Nota Fiscal quitada da Clínica Odontológica que efetuou o atendimento contendo:

- Carimbo com nome, CRO e assinatura do profissional
- CPF para prestador pessoa física
- Valor cobrado por procedimento realizado (numérico e extenso)
- Nome e endereço completo do prestador de serviço
- Data da realização por procedimento
- CNPJ para prestador pessoa jurídica
- Nome completo do paciente
- Discriminação dos procedimentos realizados

**c)** Documentação Clínica do Tratamento Realizado

- Radiografias iniciais e finais para o tratamento realizado
- Laudos ou relatórios descritivos emitidos pelo cirurgião dentista responsável.

## **17. REDE CREDENCIADA**

**17.1** A rede credenciada consiste no conjunto de dentistas e clínicas odontológicas, opcionalmente colocados à disposição dos Beneficiários pela Operadora, para prestar atendimento odontológico de acordo com o contrato.

**17.2** A Operadora efetuará, por conta e ordem do Beneficiário, o pagamento aos profissionais ou instituições da rede credenciada pelos serviços odontológicos cobertos realizados.

**17.3** A rede credenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios credenciados ou da Operadora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente.

**17.4** A relação contendo toda movimentação da rede credenciada estará disponível no "**Rede Credenciada**", disponível no site **www.meudentista.com.br**

**17.5** O beneficiário poderá utilizar a rede credenciada mediante a apresentação do Cartão Físico ou Virtual **MEU DENTISTA**, informando o número do Código de identificação. Em todos os casos será necessária a apresentação do documento de identidade com foto.

**17.6** O Beneficiário, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede credenciada, deverá contatar a Operadora para fins de cumprimento do quanto previsto na Resolução Normativa nº 259/11 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

## **18. LIBERAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Para a utilização dos serviços dos dentistas ou clínicas especializadas da rede credenciada será

Av. Eldes Scherrer Souza, 975, sala 801, Ed. Ative Empresarial, Pq. Residencial Laranjeiras,  
Serra – ES

indispensável que o credenciado solicite liberação de atendimento à Operadora.

## 19. DIVERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

As divergências e dúvidas de natureza odontológica relacionadas aos serviços cobertos no plano serão resolvidas por junta odontológica, nos termos da legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

**19.1** As divergências e dúvidas de natureza odontológica sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto serão solucionadas por meio de realização de junta odontológica. A junta odontológica será formada por três profissionais: o assistente, o da Operadora e o desempatador.

**19.2.1** O desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento em questão, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia – CFO.

**19.2** O profissional assistente e o profissional da Operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador, sendo que o parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.

**19.3** A Operadora deverá garantir um profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

**19.4** A junta odontológica deve ser composta somente por cirurgiões dentistas. Poderá integrar como desempatador um médico, se convidado, em comum acordo entre profissional assistente e o profissional da Operadora, para opinar em assuntos de sua competência.

**19.5** A Operadora deverá notificar, simultaneamente, o profissional assistente e o beneficiário, ou seu representante legal, com documento contendo:

- a)** *A identificação do profissional da Operadora responsável pela avaliação do caso;*
- b)** *Os motivos da divergência técnico-assistencial;*
- c)** *A indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações;*
- d)** *O prazo para a manifestação do profissional assistente;*
- e)** *A informação de que na recusa, intempetividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, haverá eleição pela Operadora, dentre os indicados, do cirurgião dentista desempatador;*
- f)** *A informação de que o beneficiário ou cirurgião dentista assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;*
- g)** *A informação de que a ausência não comunicada do beneficiário, no caso de junta presencial, desobriga a Operadora de cobrir o procedimento solicitado.*

**19.6** O profissional assistente tem o prazo de dois dias úteis, contados da data do recebimento da notificação citada no item 19.5 supra, para manter a indicação clínica ou acolher o parecer da operadora que motivou a divergência técnico-assistencial.

## 20. MECANISMO DE REGULAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

**20.1** A **CONTRATADA** fornecerá ao beneficiário o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição das suas características, cuja apresentação acompanhada de documento oficial com foto, garantirá a fruição dos benefícios decorrentes do plano de assistência odontológica objeto deste instrumento.

**20.2** Todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da **CONTRATADA**, exceto consulta inicial e os casos de urgência/emergência, sendo garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir da solicitação, para definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

Av. Eldes Scherrer Souza, 975, sala 801, Ed. Ative Empresarial, Pq. Residencial Laranjeiras,  
Serra – ES

**20.3** Os tratamentos, exames e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, mediante solicitação do dentista responsável, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não pertencentes à rede.

**20.4** Para a solicitação de autorização deverão ser apresentados os seguintes documentos:

*a) Cartão de identificação **MEU DENTISTA** com um documento com foto;*

*b) Caso seja necessário autorização prévia de algum procedimento, o odontólogo deverá realizar solicitação de aprovação técnica junto a operadora, tendo esta livre arbítrio de liberar ou não este tratamento, dependendo dos achados técnicos encontrados.;*

*c) Justificativa técnica dos procedimentos e demonstrativo de cumprimento de Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas e Protocolo de Utilização.*

**20.5** O prazo máximo para a resposta ao beneficiário referente às solicitações de procedimentos e/ou serviços, após a entrega da documentação completa será de:

**a)** 10 (cinco) dias úteis; ou

**20.6** A rede credenciada apta ao atendimento poderá ser consultada pelos beneficiários através do Manual constante no "**Rede Credenciada**", disponível no site **www.meudentista.com.br**

**20.7** A **CONTRATADA** se reserva o direito de exigir a realização de perícia/avaliação para autorização dos procedimentos solicitados, sendo garantido a definição de eventual impasse através de junta odontológica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por dentista indicado pela operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos profissionais nomeados, observadas as demais condições estabelecidas nas normativas editadas pela ANS.

**20.7.1** Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o profissional escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada da **CONTRATADA**, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador será de responsabilidade da **CONTRATADA**.

**20.8** No caso de extravio do Cartão de Identificação será cobrado do **CONTRATANTE** a taxa reemissão, conforme valor estabelecido no Termo de Adesão.

**20.9** A **CONTRATADA** reserva-se o direito de, a qualquer tempo, credenciar, descredenciar ou substituir profissionais, consultórios, serviços auxiliares, etc, que integram a rede credenciada de atendimento, independente do pagamento de qualquer indenização ou penalidade em favor do **CONTRATANTE**.

**20.10** A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo **CONTRATANTE** ou seus dependentes, bem como não se responsabiliza pelo pagamento de despesas decorrentes de procedimentos não cobertos ou não autorizados pela **CONTRATADA**.

## **21 PAGAMENTO DA MENSALIDADE**

**21.1** A mensalidade a ser paga pelo Beneficiário Titular será de acordo com o número de Beneficiários inscritos no Contrato e poderá ser paga na forma disponível no momento da contratação.

**21.2** O vencimento da mensalidade será sempre o mesmo dia da primeira quitação. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

**21.3** As inclusões de Beneficiários ocorridas após o fechamento da mensalidade serão contabilizadas no mês subsequente, conforme os valores vigentes na data da inclusão.



**21.4** O valor da mensalidade em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

**21.5** O atraso no pagamento de qualquer mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência de contrato, e mediante comunicação ao Beneficiário até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, implicará no cancelamento do Contrato.

**21.6** O pagamento antecipado das mensalidades não isenta e nem reduz os prazos de carência.

**21.7** Se a Operadora não identificar o pagamento de qualquer mensalidade vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validado por estabelecimento bancário.

## **22. REAJUSTE ANUAL**

**22.1** O valor da mensalidade do Contrato será reajustada anualmente de acordo com variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, correspondente ao acumulado nos 12 (doze) meses anteriores a contar da data-base de vigência inicial do Contrato, considerando a última competência publicada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

**22.2** Independente da data de inclusão dos Beneficiários Dependentes, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, por ser a única data-base do Contrato.

## **23. EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**

**23.1** O Beneficiário Titular ou Dependente serão excluídos do Contrato nos seguintes casos:

- a)** Em caso de morte do Beneficiário. A exclusão do Beneficiário deverá ser comunicada em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança de mensalidade;
- b)** Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do plano ou da Operadora, praticadas por qualquer dos Beneficiários;
- c)** Por falta de observação e cumprimento das obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Operadora;
- d)** Por solicitação do Beneficiário Titular.

**23.2** O Beneficiário Titular poderá solicitar a sua exclusão do contrato ou de seu Dependente, nos canais de atendimento da Operadora e desde que tenha permanecido no plano, por um período mínimo de 12 (doze) meses.

**23.2.1** A exclusão do Beneficiário Titular ou Dependente em período menor que 12 (doze) meses de permanência no plano, poderá ocorrer mediante o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades para o cumprimento deste período inicial.

**23.3** A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

## **24. CANCELAMENTO DO CONTRATO**

**24.1** A Operadora poderá cancelar o contrato, independente de qualquer notificação ao Beneficiário, quando houver fraude comprovada.

**24.2** A Operadora poderá cancelar o plano por inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, e desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.



**24.3** O Beneficiário Titular poderá solicitar a qualquer momento o cancelamento do contrato antes do término da vigência mínima de 12 (doze) meses, mediante o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.

**24.3.1** A multa será calculada sobre o valor da última mensalidade, multiplicado pelos meses que faltarem para o término da vigência mínima

**24.3.2** A multa também será cobrada nos casos em que a Operadora cancelar o contrato por inadimplência ou fraude antes do término do período inicial de vigência, sem prejuízo da cobrança das mensalidades vencidas.

**24.3.3** A multa deverá ser paga até a data constante na fatura.

## **25. AUDITORIA CLÍNICA**

**25.1** Consiste em uma consulta de verificação clínica, por um dentista qualificado e indicado pela Operadora, dos tratamentos propostos ou executados por profissional habilitado, destinados a verificar o bom andamento do tratamento e padrão de qualidade.

**25.2** A Operadora reserva-se o direito de solicitar auditoria clínica a qualquer tempo, sendo obrigatória para os Beneficiários

## **26. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**26.1** Faz parte deste contrato o Cartão Físico ou Virtual MEU DENTISTA, o Guia Prático do Usuário de leitura contratual, Manual Prático para Contratação do Plano Odontológico Físico ou Virtual (Plataforma Marketplace), além da Proposta de Adesão ao Plano.

**26.2** O beneficiário titular e seus dependentes, autorizam gratuita e espontaneamente, a utilização pela Operadora de suas imagens intra- orais e extra-orais, para as finalidades descritas a seguir:

Publicação em revistas científica. Exposição em congressos científicos. Utilização para fins publicitários, veiculados pela televisão.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte da operadora.

**26.3** O beneficiário titular e seus dependentes, autorizam gratuita e espontaneamente, a Operadora a utilizar seus dados de telefone, e-mails e redes sociais, da forma que melhor lhe couber, respeitadas regras constantes na Lei de proteção de dados vigente.

**26.4** O beneficiário titular e seus dependentes, autorizam gratuita e espontaneamente, o recebimento de promoções, informações, descontos e anúncios em geral, da Operadora e de seus parceiros.

## **27. FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Beneficiário para dirimir qualquer dúvida advinda do presente Contrato.