

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, bem como procedimentos em cobertura adicional e em coparticipação.

4. NATUREZA DO CONTRATO

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

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.

5. TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação deste plano é individual misto coparticipativo.

Plano individual 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, além de cobertura adicional com ou sem coparticipação.

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 TOP**, sob o registro Nº **489638216**.

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.

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

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.

12.3 Aditivo de cobertura adicional

Fazem parte da cobertura adicional desse contrato os seguintes procedimentos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
82000980	Implante ósseo integrado
82000344	Enxerto em bloco osseo
82000620	Enxerto com osso liofilizado

82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado
82001324	Remoção de implante dentário não ósseo integrado
85500038	Coroa Total Metalo Cerâmica sobre Implante
85500097	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes
85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes
85400157	Coroa Total Metalo Cerâmica
85400106	Coroa Total em Cerâmica Pura
85400386	Prótese Parcial Removível com Grampos Bilateral
85400246	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)
85400394	Prótese Parcial Removível Provisória em Acrílico com ou sem grampos
85400416	Prótese total imediata
85400424	Prótese Total Incolor

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;

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

- 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 48 (quarenta e oito) 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.

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

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 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 desempataador.

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, intempestividade 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.

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 desempassador 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**.

20.11 PROCEDIMENTOS ADITIVOS ADICIONAIS

As coberturas adicionais apresentam parte custeada pela operadora, de acordo com o tempo de contrato, e parte em co-participação, custada pelo usuário. Os valores dos serviços em co-participação constam na planilha do ROL de cobertura do produto.

Com o objetivo de parametrizar a indicação dos serviços, seguem abaixo requisitos ósseos mínimos para realização dos procedimentos;

- **IMPLANTES:** largura óssea maior que 3,5 mm; altura óssea maior que 8,0 mm, marcados em pelo menos 4 milímetros de comprimento ósseo; distancia mínima entre implantes, 5 milímetros.
Cobertura do implante se dará até o primeiro molar de cada hemiarco.
- **LEVANTAMENTO DE SEIO MAXILAR:** espessura mínima de taboa óssea de assoalho do seio maxilar de 3 milímetros, ausência qualquer tipo de secreção visualmente aparente no exame tomográfico. Limite máximo de 2,5 cm³ de osso liofilizado por cirurgia.
- **ENXERTO EM BLOCO ÓSSEO:** apenas para região anterior, da arcada superior.
Espessura mínima de 2 milímetros de osso. Não são realizados enxertos na região posterior da mandíbula, nem na porção lateral, nem na porção superior da mesma.
Limite máximo de 1 bloco cortical por cirurgia.

As quantidades de procedimentos liberados por usuários para os procedimentos da cobertura adicional são as seguintes:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADES LIBERADAS		
		1 implante por ano, após fim do período de carência	2 implantes por ano, no 1º ano de contrato	3 implantes por ano, do 2º ano de contrato em diante
82000980	Implante ósseo integrado			
82000344	Enxerto em bloco osseo	1 cirurgia de enxerto ou levantamento de seio a cada 18 meses.		
82000620	Enxerto com osso liofilizado			
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado			
82001324	Remoção de implante dentário não ósseo integrado	Sem limite de remoção		
85500038	Coroa Total Metalocerâmica sobre Implante	3 coroas sobre implante unitárias por ano		
85500097	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	1 prótese por ano		
85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes	1 prótese por ano		
85400157	Coroa Total Metalocerâmica	3 coroas unitárias por ano		
85400106	Coroa Total em Cerâmica Pura	3 coroas unitárias por ano		
85400386	Prótese Parcial Removível com Grampos Bilateral	1 prótese por arcada a cada 5 anos		
85400246	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)	1 placa a cada 2 anos		
85400394	Prótese Parcial Removível Provisória em Acrílico com ou sem grampos	1 prótese por arcada a cada 18 meses		
85400416	Prótese total imediata	1 prótese por arcada a cada 18 meses		
85400424	Prótese Total Incolor	1 prótese por arcada a cada 5 anos		

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 (quinqüagésimo) 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 48 (quarenta e oito) meses.

23.2.1 A exclusão do Beneficiário Titular ou Dependente em período menor que 48 (quarenta e oito) 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 (quingüésimo) dia de inadimplência.

24.3 O Beneficiário Titular poderá solicitar a qualquer momento o cancelamento do contrato antes do término da vigência mínima de 48 (quarenta e oito) 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.

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

ANS - nº 42270-3