

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- Plano Odontológico -**

**PLANO COLETIVO POR ADESÃO
CONDIÇÕES GERAIS**

**Cláusula Primeira
DO OBJETO**

1.1. Garantir a prestação continuada da assistência odontológica, aos Beneficiários da **CONTRATANTE**, nos termos do Inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando 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, através de meios de execução próprios e/ou credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados, e/ou, ainda, através do acesso à Livre Escolha de Prestadores, observado o rol de procedimentos odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

1.2. São partes integrantes e inseparáveis do presente Contrato as presentes Condições Gerais, seus respectivos anexos e as Condições Especiais.

**Cláusula Segunda
DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO**

2.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado Odontológico tem natureza bilateral, que gera, na forma do Código Civil Brasileiro, direitos e obrigações para ambas as partes, inclusive a obrigação da **CONTRATANTE** pagar o preço ora ajustado, independentemente da utilização, por seus Beneficiários, de qualquer das coberturas previstas em cada Plano de Benefícios por ela contratado. Assegura-se, outrossim, a aplicação subsidiária das disposições do Código de Defesa do Consumidor, no tocante aos direitos dos Beneficiários.

**Cláusula Terceira
MEMBROS DO CONTRATO**

3.1. CONTRATADA/OPERADORA

É a **ODONTOPREV S.A.**, pessoa jurídica, devidamente qualificada no preâmbulo das Condições Especiais deste Contrato, que assume os riscos das garantias objeto deste contrato.

3.2. CONTRATANTE

É a pessoa jurídica, legalmente constituída e devidamente qualificada nas Condições Especiais deste Contrato, que contrata os produtos da **CONTRATADA**, respondendo integralmente por todas as obrigações ora assumidas, em benefício da população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, e que se enquadre dentre as pessoas jurídicas abaixo elencadas:

- I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III – associações profissionais legalmente constituídas;
- IV – cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V – caixas de assistência e fundações de direito privado;
- VI – entidades previstas na Lei n.º 7.395/85 e na Lei n.º 7.398/85.

3.3. GRUPO ASSOCIÁVEL

É o conjunto de Beneficiários da **CONTRATANTE** elegíveis ao Plano de Benefícios por ela contratado, conforme definido neste Contrato, homogêneo e vinculado à própria **CONTRATANTE**.

3.4. GRUPO DE BENEFICIÁRIOS

É, a qualquer tempo, o conjunto dos componentes do Grupo Associável, incluídos no Contrato, cujo Plano de Benefício esteja em vigor.

3.5. BENEFICIÁRIO

É o integrante do Grupo de Beneficiários, podendo ser definido como:

3.5.1. BENEFICIÁRIO TITULAR

É a pessoa física, que mantém vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a **CONTRATANTE**.

[Handwritten signatures and initials: D, EH, R]

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009

(v.08.2015)

Este documento se encontra registrado no Cartório Oficial de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sendo protocolado sob o número 641.927 e registrado em microfilme sob o número 687.430 em 27/08/2012.

3.5.2. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

São considerados Beneficiários Dependentes o cônjuge ou companheiro(a) do Beneficiário Titular, conforme legislação vigente, bem como os filhos(as), enteados(as) ou tutelados(as), dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R., e que sejam solteiros com até 24 (vinte e quatro) anos de idade.

3.5.3. BENEFICIÁRIO AGREGADO

Respeitada a condição de elegibilidade disposta no item 3.5.2., poderão ser considerados Beneficiários Agregados, os indivíduos que possuam com o Beneficiário Titular relação de parentesco até o terceiro grau consanguíneo ou até o segundo grau por afinidade, a seguir elencados: Pai, Mãe, Avôs(ós), Netos(as), Bisavôs(ós), Bisnetos(as), Irmãos(ãs), Tios(as), Sobrinhos(as), Sogro(a), Cunhados(as), Filhos que não mais se enquadrem na condição de Beneficiário Dependente, desde que devidamente contratados e elencados nas Condições Especiais.

3.6. PRESTADOR

É toda Pessoa Física ou Jurídica legalmente constituída e habilitada para prestar serviços de assistência odontológica.

Cláusula Quarta DEFINIÇÕES

4.1. CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

É constituído pelas presentes Condições Gerais, Condições Especiais, Termo de Adesão do Beneficiário, Manual do Usuário, Manuais de Rede Credenciada, Guia de Leitura Contratual, Formulário de Requisição de Reembolso/Ressarcimento, bem como os demais documentos necessários a operação deste Contrato.

4.2. PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

É aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com uma das pessoas jurídicas elencadas no item 3.2, das presentes Condições Gerais.

4.3. PLANO DE BENEFÍCIOS

É o conjunto de coberturas estabelecidas no presente Contrato com a finalidade exclusiva de garantir aos Beneficiários o pagamento, reembolso ou ressarcimento de despesas com assistência odontológica, até os limites contratados. Para este caso o plano de benefícios aos Beneficiários Dependentes e/ou Agregados será sempre igual ao do Beneficiário Titular.

4.4. TERMO DE ADESÃO

É o documento pelo qual o componente do Grupo Associável promove sua adesão a um Plano de Benefícios e informa seus dados pessoais, e de seus dependentes, para análise da **CONTRATADA**.

4.5. PROCEDIMENTOS

São todos os atos odontológicos que têm por objetivo a recuperação, manutenção ou avaliação da saúde oral do Beneficiário.

4.6. TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS

É composta de instruções gerais e das Tabelas de Procedimentos. Define quais serão os valores básicos unitários por procedimento, para pagamento de honorários dos cirurgiões-dentistas, de laboratórios e materiais, contendo também a indicação dos procedimentos que dependem de autorização prévia da Operadora para sua realização. É, em qualquer hipótese, o instrumento único para pagamentos, reembolsos e ressarcimentos das despesas odontológicas efetuadas pelos Beneficiários. Esta tabela poderá ser alterada com aviso prévio de 30 (trinta) dias, em função de revisões periódicas dos custos e procedimentos.

4.6.1. TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS (T.P.C.)

É o conjunto de valores básicos, divididos por procedimentos, utilizados pela **CONTRATADA**, para pagamento ao Prestador, bem como para cálculo de valores de franquias e co-participações.

4.6.2. TABELA DE PROCEDIMENTOS DE REEMBOLSO (T.P.RE.)

É o conjunto de valores, definidos em Unidades Odontológicas – U.O., divididos por procedimentos, utilizados para reembolsos ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios com direito à Livre Escolha de profissionais odontólogos.

4.6.3. TABELA DE PROCEDIMENTOS DE RESSARCIMENTO (T.P.R.)

É o conjunto de valores, definidos em Unidades Odontológicas – U.O., divididos por procedimentos, utilizados para ressarcimentos ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios sem direito de Livre Escolha de profissionais odontólogos.

4.6.4. UNIDADES ODONTOLÓGICAS – U.O.

U.O. - Unidades Odontológicas são as unidades utilizadas pela **CONTRATADA** para determinação do valor a ser pago ao Cirurgião-Dentista credenciado, mediante a multiplicação da quantidade de U.O. de cada evento odontológico, efetivamente

et.

realizado em Beneficiários inscritos no Plano de Benefícios, pelo valor em moeda corrente nacional previamente negociado com aquele mesmo Cirurgião-Dentista.

4.7. COBERTURA

São os procedimentos que têm garantia do pagamento, reembolso ou ressarcimento das despesas com assistência odontológica, conforme o Plano de Benefícios efetivamente contratado pela **CONTRATANTE**, estabelecido nas Condições Especiais do Contrato.

4.8. PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

São os procedimentos não inclusos no Plano de Benefícios efetivamente contratado pela **CONTRATANTE** que serão pagos pelo Beneficiário diretamente ao Prestador, sendo certo que em razão da condição de Beneficiário devidamente ativo no banco de dados da **CONTRATADA** (Operadora) poderá haver condição especial de pagamento para os procedimentos não cobertos, de acordo com a negociação com o profissional odontólogo (Prestador).

4.9. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

É o conjunto de procedimentos odontológicos realizados na assistência à saúde oral do Beneficiário.

4.10. EVENTO

É o acontecimento, acidente ou doença, que tenha como consequência danos comprovados a saúde oral do Beneficiário, exigindo assistência odontológica, bem como procedimentos que podem trazer prevenção a sua saúde oral do Beneficiário.

4.11. ACIDENTE

É o evento externo, individual, involuntário e violento que gera a necessidade de assistência odontológica.

4.12. DOENÇA

É o evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência odontológica.

4.13. EMERGÊNCIA

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

4.14. URGÊNCIA

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

4.15. REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES

É o grupo de Prestadores, constituído de profissionais e estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, colocados à disposição dos Beneficiários para prestar-lhes assistência odontológica.

4.16. REEMBOLSO

Entende-se por reembolso o pagamento ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios com direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistência odontológica por ele efetuadas em Prestador não integrante da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, decorrente de eventos cobertos, até os limites estabelecidos naquele mesmo Plano de Benefícios contratado.

4.17. RESSARCIMENTO

Entende-se por ressarcimento o pagamento ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios sem direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistência odontológica por ele efetuadas com profissional odontólogo não integrante da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, decorrente de eventos cobertos, inclusive dos casos de urgência e emergência, até os limites estabelecidos na Tabela de Procedimentos de Ressarcimento - T.P.R.

4.18. CARÊNCIA

É o prazo ininterrupto, contado a partir da data da inclusão do Beneficiário no Plano de Benefícios, durante o qual o Beneficiário não tem direito às coberturas contratadas.

4.19. CONTRIBUIÇÃO MENSAL

A contribuição mensal é a importância paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** para que os Beneficiários tenham direito às coberturas dos respectivos Planos de Benefícios.

4.20. COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a parte efetivamente paga pelo Beneficiário referente à realização do procedimento, nos termos da Resolução CONSU n.º 08, publicada pela ANS em 04 de novembro de 1998.

Este documento se encontra registrado no Cartório Oficial de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sendo protocolado sob o número 641.927 e registrado em microfilme sob o número 687.430 em 27/08/2012.

Cláusula Quinta
CARACTERÍSTICA DO PLANO

5.1. O(s) Plano(s) de Benefícios de que trata este Contrato é (são) aquele(s) elencado(s) nas Condições Especiais do Contrato, devidamente identificado(s) pelo(s) número(s) de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nome comercial, que (i) assegure(m) aos Beneficiários a cobertura dos custos das despesas odontológicas realizadas exclusivamente na Rede Credenciada e (ii) tenha(m) como forma de contratação, nos termos da legislação da ANS, a modalidade coletiva por adesão.

5.2. A segmentação assistencial pertinente ao presente contrato é Odontológica.

5.3. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do(s) Plano(s) Contratado(s) é aquela constante das Condições Especiais.

5.4. As Doenças e Lesões Pré-Existentes não se aplicam ao Plano de Benefícios Odontológicos.

Cláusula Sexta
DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1. É assegurada aos Beneficiários incluídos no presente Contrato a cobertura:

- a) dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98;
- b) dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS (Anexo I), vigente à época do evento; e ainda,
- c) do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

6.2. Além das coberturas supra descritas, fica garantida a cobertura assistência das doenças de natureza odontológica elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), da Organização Mundial da Saúde.

6.3. São assegurados ainda, nos termos da legislação vigente editada pela ANS, apenas e tão somente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

6.4. Além da Cobertura de que tratam os itens 6.1., 6.2. e 6.3., o Beneficiário terá direito, também, às coberturas mais amplas previstas nas Condições Especiais do Contrato firmado **CONTRATANTE**, conforme o Plano de Benefícios contratado.

Cláusula Sétima
DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

EXP

7.1. Em qualquer hipótese, os eventos abaixo descritos **NÃO SERÃO COBERTOS**:

- Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológico vigente à época do evento;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Consultas domiciliares;
- Estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção apenas e tão somente dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para a realização de tais procedimentos, desde que estes não estejam listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias.

Cláusula Oitava
DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 8.1.** A **CONTRATANTE** providenciará a inclusão dos Beneficiários Titulares e respectivos dependentes, se o caso, a partir da data de assinatura do Termo de Adesão pelos Beneficiários Titulares interessados.
- 8.2.** A inclusão no Plano de Benefícios de qualquer Beneficiário Dependente e/ou Agregado dependerá da participação do Beneficiário Titular no Plano de Benefícios de Assistência à Saúde.
- 8.3.** As alterações no quadro de Beneficiários em virtude de novas admissões, alterações ou exclusões serão comunicadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em listagens, via magnética ou Internet, encaminhadas até a data ajustada nas Condições Especiais do presente Contrato, segundo formulário padrão adequado a esta finalidade disponibilizado pela **CONTRATADA**, comprometendo-se esta a emitir e entregar os cartões de identificação no prazo de 10 (dez) dias após a referida data de movimentação.
- 8.4.** A **CONTRATANTE** deverá enviar, quando assim solicitado pela **CONTRATADA**, documento comprobatório da condição de elegibilidade, prevista no item 3.2. destas Condições Gerais.
- 8.5.** O Beneficiário Titular será automaticamente excluído do Contrato na ocorrência de qualquer dos seguintes eventos:
- a) rescisão do presente Contrato;
 - b) inadimplemento da contribuição mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, sem prejuízo do pagamento devido à **CONTRATADA**;
 - c) fraude comprovada, perdendo o Beneficiário quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, sem prejuízo das conseqüências e responsabilidades legais;
 - d) solicitação à **CONTRATANTE**, por escrito, feita pelo Beneficiário Titular inscrito no Plano de Benefícios:
 - d.1) A exclusão realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da inscrição do Beneficiário no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar da **CONTRATANTE**, a título de cláusula penal, o correspondente ao valor da contribuição mensal *per capita* ajustada no contrato, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis).
 - d.2) O Beneficiário Titular excluído nos termos da alínea "d" poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência.
- 8.6.** A exclusão do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) do Plano de Benefícios dar-se-á na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:
- a) mediante exclusão do Beneficiário Titular do Plano de Benefícios, qualquer que seja o motivo;
 - b) deixando o Beneficiário Dependente de preencher os seguintes requisitos necessários para que seja assim considerado: cônjuge ou companheiro(a) do Beneficiário Titular, conforme legislação vigente, bem como filhos(as), enteados(as) ou tutelados(as), dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros até 24 (vinte e quatro) anos de idade;
 - c) fraude comprovada, perdendo o Beneficiário quaisquer direitos previstos neste Contrato, sem prejuízo das conseqüências e responsabilidades legais;
 - d) solicitação, por escrito, feita pelo Beneficiário Titular à **CONTRATANTE**.
 - d.1) A exclusão realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da inscrição do Beneficiário Dependente no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar da **CONTRATANTE**, a título de cláusula penal, o correspondente ao valor da contribuição mensal *per capita* ajustada no contrato, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis).
 - d.2) O Beneficiário Dependente excluído nos termos da alínea "d" poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência.
- 8.7.** A **CONTRATANTE** é responsável pela solicitação de suspensão ou exclusão do(s) Beneficiário(s) Titular(es) e/ou Dependente(s) do Contrato, excetuando-se as hipóteses previstas nas alíneas "b" e "c" dos itens 8.5. e 8.6. supra, nas quais a **CONTRATADA** poderá suspender ou excluir o(s) Beneficiário(s) Titular(es) e/ou Dependente(s), independentemente de solicitação prévia e/ou anuência da **CONTRATANTE**.
- 8.8.** Quando da exclusão, a **CONTRATANTE** deverá recolher e inutilizar os cartões de identificação do(s) Beneficiário(s).
- 8.9.** As despesas decorrentes do atendimento de Beneficiário Titular, ou de cada um de seus Dependentes, que deixou de pertencer ao Grupo de Beneficiários da **CONTRATANTE**, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à **CONTRATADA**, serão de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**.
- 8.10.** A solicitação de alteração do Plano de Benefícios vigente para outro de maior ou de menor número de eventos cobertos somente poderá ser pleiteada à **CONTRATANTE** pelo Beneficiário Titular e será, necessariamente, estendida para todo o seu grupo familiar.
- 8.11.** O Beneficiário Titular poderá, no mês de aniversário do Contrato, solicitar a **CONTRATANTE** a alteração do Plano de Benefícios vigente para outro que ofereça maior número de eventos cobertos, desde que observado o cumprimento do período de carência eventualmente existente para as coberturas que extrapolem o Rol de Procedimentos Odontológicos.
- 8.12.** A solicitação do Beneficiário Titular feita à **CONTRATANTE** para alteração do Plano de Benefícios vigente para outro que ofereça menor número de eventos cobertos, somente será aceita após 12 (doze) meses, contados da inscrição do Beneficiário no Plano de Benefícios.
- 8.13.** Toda e qualquer alteração de Benefícios ou migração de planos, objeto deste Contrato, será necessariamente intermediada pela **CONTRATANTE**.

Cláusula Nona
DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

9.1. A identificação de Beneficiários da **CONTRATANTE** far-se-á pelo Cartão de Identificação da Operadora, acompanhado de um documento de identidade oficial com fotografia.

9.2. A Guia de Encaminhamento da **CONTRATADA** também será documento suficiente para identificação do Beneficiário, desde que devidamente preenchida e aprovada pela **CONTRATADA**, acompanhada de documento de identidade oficial com fotografia.

Cláusula Décima
MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Caso seja identificado, por uma junta formada por odontólogos, que determinado procedimento poderá acarretar dano ou ser considerado inócuo ao Beneficiário, ficará a **CONTRATADA** dispensada de pagar, reembolsar ou ressarcir ao Beneficiário os valores de tal procedimento, ainda que esteja contemplado na cobertura do Plano de Benefícios ora contratado.

10.1.1. A junta de profissionais odontólogos acima referida será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por profissional odontólogo da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

10.2. Os procedimentos abaixo identificados podem ser submetidos à prévia aprovação da **CONTRATADA** para que possam ser realizados:

- i) Aplicação tópica de flúor;
- ii) Aplicação de selante;
- iii) Raspagem e curetagem sub-gengival.

10.2.1. A resposta à solicitação de autorização prévia será emitida pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 01 (um) dia útil, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, em ambos os casos após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** da documentação abaixo relacionada:

- i) parecer devidamente assinado pelo profissional odontólogo assistente, que demonstre o justo motivo para a realização do referido tratamento e;
- ii) das radiografias que comprovem a necessidade do referido tratamento, se o caso.

10.3. Caso o plano contratado possua co-participação, o percentual desta e o rol de eventos a que se aplica, constará das Condições Especiais.

Cláusula Décima Primeira
CARÊNCIAS

EP

11.1. Fica estabelecido entre as partes que, nos termos da legislação expedida pela ANS, o Beneficiário que promova sua adesão ao plano coletivo por adesão e que ingresse no Plano de Benefícios em até 30 (trinta) dias da data da celebração do Contrato, ou, ainda, em até 30 (trinta) dias da data de aniversário do Contrato, não estará sujeito ao cumprimento de qualquer período de carência para os eventos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos, Anexo I destas Condições Gerais.

11.1.1. A cada aniversário do Contrato somente será permitida a adesão de novos Beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

- i) o Beneficiário tenha se vinculado à **CONTRATANTE** após o transcurso do prazo definido no *caput* desta cláusula no tocante à celebração do Contrato; e
- ii) a proposta de adesão seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do Contrato.

11.1.2. Para cada procedimento odontológico que exceda a relação de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, poderá ser exigido o cumprimento de um período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias.

11.2. Fica estabelecido entre as partes que, após o transcurso dos prazos definidos no item 11.1. supra, poderá ser exigido do Beneficiário que promova sua adesão ao plano coletivo por adesão, o cumprimento de um período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias para quaisquer eventos, a depender do Plano de Benefícios contratado, exceto para procedimentos em caráter de urgência e/ou emergência, quando não será exigido o cumprimento de qualquer período de carência.

11.3. Nos termos do inciso VII do artigo 12, da Lei 9.656/98, é assegurado ao filho adotivo do Beneficiário, menor de 12 anos, o aproveitamento das carências por aquele já cumpridas, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

11.4. Nas hipóteses em que seja permitida a exigência do cumprimento de período de carência, o prazo poderá ser convencionado mediante prévio e expresso acordo entre as partes contratantes, caso em que tal prazo constará das Condições Especiais e será contado para cada Beneficiário a partir da data de sua inclusão no banco de dados da Operadora.

Cláusula Décima Segunda
DA RESPONSABILIDADE SOBRE OS ATENDIMENTOS

12.1. A **CONTRATADA** somente se responsabilizará pela qualidade dos procedimentos odontológicos realizados pelos integrantes da

sua Rede Credenciada. Os procedimentos realizados por profissionais não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA** serão de integral responsabilidade do Beneficiário.

12.2. Caberá sempre aos Beneficiários e seus dependentes e/ou agregados agendarem diretamente com os Prestadores integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA** horários para atendimento, com exceção das emergências e/ou urgências; uma vez marcado o horário, o não comparecimento do Beneficiário e seus dependentes e/ou agregados sem aviso prévio de 24 (vinte e quatro) horas, obrigá-lo-á ao pagamento da consulta ao Prestador, sendo que o valor desta será apurado em conformidade com a Tabela de Procedimentos Cobertos - T.P.C (Anexo II).

Cláusula Décima Terceira **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

13.1. Nas hipóteses de atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência, os Beneficiários terão direito à utilização das coberturas do Plano de Benefícios em que tenham sido inscritos no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após o recebimento da comunicação de sua inclusão, feita pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.

13.2. A **CONTRATADA** assegurará o ressarcimento, de acordo com a Tabela de Procedimento de Ressarcimento – T.P.R. (Anexo II), das despesas efetuadas pelo Beneficiário nos casos de urgência ou emergência, quando, comprovadamente, não for possível a utilização da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano de Benefícios, sendo certo que o valor do ressarcimento não será inferior ao valor praticado pela **CONTRATADA** junto a sua Rede Credenciada.

13.2.1. O ressarcimento será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** da seguinte documentação, a qual deverá estar acompanhada das radiografias iniciais e finais dos procedimentos realizados, visualizáveis radiograficamente:

(i) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);

(ii) formulário de Requisição de Ressarcimento (Anexo III) devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável, segundo as normas descritas no verso deste formulário.

13.3. O Beneficiário perderá o direito ao ressarcimento decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

Cláusula Décima Quarta **DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO EM LIVRE ESCOLHA E REDE CREDENCIADA**

14.1. O Beneficiário inscrito no Plano de Acesso à Livre Escolha de Prestadores poderá realizar tanto na Rede Credenciada da **CONTRATADA** como em profissionais odontólogos não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, todos os procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, incluindo os procedimentos elencados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, bem como os eventos constantes das Condições Especiais, conforme o plano em que esteja incluído.

14.2. As despesas decorrentes da realização de tais procedimentos serão reembolsadas pela **CONTRATADA** de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso - T.P.RE. (Anexo II), sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela **CONTRATADA** junto a sua Rede Credenciada.

14.3. A Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.R.E. encontra-se registrada no Cartório de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, além do cartório a tabela está disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede da **CONTRATANTE**, bem como na sede da **CONTRATADA**.

14.4. O valor do reembolso será calculado multiplicando-se o valor da U.O. do Plano de Benefícios em que o Beneficiário esteja inscrito pela quantidade de U.O. estabelecida para cada um dos eventos utilizados, determinada na Tabela de Procedimentos de Reembolso - T.P.RE.

14.5. O reembolso das despesas a que alude a presente cláusula será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** da seguinte documentação:

a) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou entidade não credenciada pela **CONTRATADA** (recibos e/ou notas fiscais);

b) formulário de Requisição de Reembolso (Anexo III) devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável, segundo as normas descritas no verso deste formulário.

14.6. A documentação acima indicada deverá estar acompanhada das radiografias iniciais e finais de todos os tratamentos e procedimentos efetuados, desde que visualizáveis radiograficamente.

14.7. A **CONTRATADA** não reembolsará as despesas pela realização dos mesmos procedimentos, ainda que cobertos pelo Plano de Benefícios, executados em desacordo com os prazos para reconfeção previstos na Tabela de Procedimentos de Reembolso - T.P.RE., em uma ou mais entidades e/ou profissionais, em seu nome ou em nome de outra pessoa, seja como titular ou dependente.

14.8. O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

14.9. Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada da **CONTRATADA**, além do "Manual do Usuário" entregue a cada um dos Beneficiários Titulares da **CONTRATANTE**, poderá qualquer parte interessada consultar a Central de Atendimento da **CONTRATADA**, cuja ligação é gratuita, e ainda pelo site da **CONTRATADA**.

14.9.1. A relação contendo as substituições de prestadores ocorridas na rede credenciada nos últimos 180 (cento e oitenta) dias

vigência do novo tributo ou da alteração da alíquota, conforme o caso. Acordam as partes que a aplicação da diferença supra não configura reajuste e sim adequação imposta por lei cogente, sendo certo que sua aplicação não estará sujeita a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.

15.11. A contribuição mensal prevista nas Condições Especiais do Contrato será reajustada na periodicidade admitida pela legislação então vigente, mediante apuração verificada no período analisado, na forma que segue:

15.11.1. A contribuição mensal será reajustada anualmente, pela aplicação da variação aferida pelo IPCA/IBGE, no mesmo período, ou, não sendo possível a sua utilização por qualquer motivo, pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M), publicado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV).

15.11.2. A **CONTRATANTE** fica ciente de que, sem prejuízo do disposto no item 15.11.1., a **CONTRATADA** procederá a revisões anuais para apurar a sinistralidade do Contrato. Em se verificando sinistralidade superior a 60% (sessenta por cento), fica ajustado o quanto segue:

a.1) A **CONTRATADA** elaborará anualmente um relatório, auditável a qualquer momento pela **CONTRATANTE**, onde constará o CUSTO OPERACIONAL (C.O.) do(s) Plano(s), neste(s) incluído(s), mas não limitando, a repasse para a Rede Credenciada e/ou Própria, custos com ressarcimento e/ou reembolso (livre escolha), custos com laboratório de prótese, materiais e insumos, impostos, Provisão de Tratamentos Conhecidos em Andamento (PTCA) e Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA).

a.2) O possível acréscimo nos custos para os próximos 12 (doze) meses, será baseado na projeção do CUSTO OPERACIONAL FUTURO (C.O.F.). Este será obtido corrigindo o CUSTO OPERACIONAL (C.O.) pela inflação medida pelo IPCA/IBGE.

a.2.1) Caso o C.O.F. seja superior a 60% (sessenta por cento) do faturamento líquido verificar-se-á o percentual de reajuste necessário para retornar a sinistralidade máxima à 60% (sessenta por cento), sendo aquele percentual aplicado, linear ou diferencialmente, entre os planos, a critério da **CONTRATANTE**:

C.O. = repasse rede credenciada + ressarcimento e/ou reembolso (livre escolha) + custos laboratório de prótese + custos com materiais de consumo + impostos + PTCA + PEONA.

C.O.F. = C.O. corrigido pelo IPCA/IBGE (acumulado 12 meses anteriores).

Fat. = faturamento referente ao período anterior ao reajuste.

Novo Faturamento (N.F.) = (C.O.F. / 60) x 100

Percentual de Reajuste = [(N.F. / Fat) - 1] x 100

15.11.3. As partes reconhecem que o reajuste devido é o resultado obtido da aplicação cumulativa dos subitens 15.11.1 e 15.11.2.

15.12. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo Plano de Benefícios.

15.13. Exclusivamente para os Contratos que tenham até 199 (cento e noventa e nove) Beneficiários, o reajuste disposto nos itens 15.11.1 e 15.11.2 será apurado anualmente, respeitada a vigência mínima de 12 (doze) meses do Contrato ou da incidência da última reavaliação, e considerará o período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração do conjunto dos contratos coletivos com características semelhantes ao Contrato reavaliado.

15.14. Exclusivamente para os Contratos que tenham de 200 (duzentos) até 499 (quatrocentos e noventa e nove) Beneficiários, o reajuste disposto nos itens 15.11.1 e 15.11.2 será apurado anualmente, respeitada a vigência mínima de 12 (doze) meses do Contrato ou da incidência da última reavaliação, e considerará o período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração do conjunto dos contratos coletivos com características semelhantes ao Contrato reavaliado.

Cláusula Décima Sexta **DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO**

16.1. O prazo de vigência deste contrato é de 36 (trinta e seis) meses, renovado automaticamente por prazo indeterminado, desde que nenhuma das partes denuncie este desejo por escrito com uma antecedência mínima de 90 (noventa) dias do término de sua vigência inicial, ou mesmo ser rescindido de imediato, independentemente de qualquer aviso e/ou notificação, judicial ou extrajudicial, no eventual descumprimento das cláusulas e condições nele contidas por qualquer uma das partes.

16.1.1. Passando o contrato a vigorar por prazo indeterminado, nos termos do item 16.1 supra, qualquer das partes poderá rescindi-lo, a qualquer tempo, desde que notifique a outra com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, sem ônus, com exceção de eventual(is) parcela(s) da contribuição mensal vencida(s) e não paga(s), inclusive dos encargos moratórios incidentes.

16.2. O Contrato poderá, ainda, ser rescindido, a critério da **CONTRATADA**, independente de qualquer aviso e/ou notificação, judicial ou extrajudicial, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- i) atraso da **CONTRATANTE** no pagamento de 02 (duas) Faturas ou mais;
- ii) redução, por parte da **CONTRATANTE**, de 30% (trinta por cento) ou mais do seu Grupo de Beneficiários inscritos;
- iii) descumprimento dos prazos previstos nos itens 16.1. e 16.1.1;
- iv) descumprimento das cláusulas e condições contidas no presente Contrato;
- v) pedido de falência, recuperação judicial, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial ou ainda, qualquer forma de cessação de atividades das partes.

16.3. A rescisão deste Contrato por parte da **CONTRATANTE**, antes do término do período inicial constante no item 16.1. supra, sem que haja descumprimento pela **CONTRATADA** das cláusulas nele contidas, ou em qualquer das hipóteses previstas no item 16.2. ("i", "ii", "iii", "iv"), acarretará à **CONTRATANTE** o pagamento de multa no montante equivalente ao valor da média das últimas seis contraprestações devidas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, multiplicado pelo número de meses restantes contados da rescisão até a data do término do referido período, limitado à metade do referido período contratual.

16.3.1. Além da penalidade prevista no item 16.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pelo ressarcimento à **CONTRATADA** dos valores dos tratamentos realizados no período contratual vigente que excederem ao limite de 60% (sessenta por cento) de sinistralidade.

16.4. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o contrato pelo prazo mencionado no item 16.1, a **CONTRATADA** não iniciará novos tratamentos, utilizando este lapso temporal para encerrar os tratamentos já iniciados em sua Rede Credenciada, assegurando-se atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência.

16.5. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o Contrato pelos prazos mencionados no item 16.1, a **CONTRATADA** não admitirá movimentações cadastrais de exclusões sem justo motivo, assim entendidas todas as exclusões que não configurem perda do vínculo do Beneficiário com a **CONTRATANTE**.

16.6. O prazo de vigência deste Contrato poderá ser convencionado de maneira diversa, mediante expresso acordo entre as partes contratantes, caso em que constará das Condições Especiais.

16.7. É vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor para a **CONTRATANTE** em razão de renovação contratual.

Cláusula Décima Sétima DAS NORMAS ANTICORRUPÇÃO

17.1 No que diz respeito às Normas Anticorrupção, as Partes estabelecem o que segue:

17.2. As Partes declaram, de forma irrevogável e irretroatável, uma à outra, que seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, empregados, prestadores de serviços, inclusive seus subcontratados e prepostos, conhecem e cumprem integralmente o disposto nas leis, regulamentos e disposições normativas que tratam do combate à corrupção e suborno, nacionais ou estrangeiras.

17.3. As Partes garantem mutuamente que se absterão da prática de qualquer conduta indevida, irregular ou ilegal, e que não se utilizarão de qualquer ação ou omissão, e/ou que não realizarão qualquer ato ou omissão que venha a favorecer, de forma direta ou indireta, uma à outra, ou qualquer uma das empresas dos seus respectivos conglomerados econômicos, contrariando as legislações aplicáveis no Brasil ou no exterior.

17.4. As Partes deverão manter seus livros e/ou Escrituração Contábil Digital (ECD), registros e documentos contábeis com detalhes e precisão suficientemente adequados para refletir claramente as operações e os recursos objetos deste Contrato.

17.5. As Partes asseguram uma à outra que possuem políticas, processos e procedimentos anticorrupção em conformidade com as leis, regulamentos e disposições normativas que tratam do combate à corrupção e suborno, nacionais ou estrangeiras, e que são cumpridos por seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, empregados e prestadores de serviços, inclusive por seus subcontratados e prepostos.

17.6. Caso qualquer uma das Partes venha a ser envolvida em alguma situação ligada a corrupção ou suborno, em decorrência de ação ou omissão praticada pela outra Parte ou seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, empregados e prestadores de serviços, inclusive seus subcontratados e prepostos, a Parte causadora da referida situação se compromete a assumir o respectivo ônus, inclusive quanto a apresentar os documentos que possam auxiliar a outra Parte em sua defesa.

Cláusula Décima Oitava DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 A **CONTRATADA**, na qualidade de operadora de planos de assistência exclusivamente odontológicos, está sujeita as disposições do Código de Ética Odontológica e as normas dos Conselhos de Odontologia.

18.2. Por se tratar de Plano Coletivo por Adesão, a **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer plenamente ao seu Grupo de Beneficiários, todos os direitos e obrigações oriundos do presente Contrato, bem como entregar o Guia de Leitura Contratual – GLC (Anexo IV), em meio físico ou digital, juntamente com o Cartão de Identificação do Beneficiário Titular.

18.3. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato e na correspondência que complementarmente vier a ser trocada entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** nesse sentido.

18.4. Não será permitido à **CONTRATANTE**, durante a vigência do presente Contrato, contratar um novo Plano Odontológico com outra operadora para os seus Beneficiários.

18.5. As modificações no Contrato que não alterem as características do Plano de Benefícios, somente serão admitidas através de Termos de Aditamentos celebrados entre as partes.

18.6. A **CONTRATADA** tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de Prestadores integrantes de sua Rede Credenciada, modificações estas que deverão ser disponibilizadas à **CONTRATANTE**.

18.7. A não execução imediata de qualquer dos direitos previstos no presente Contrato, por qualquer das partes, não será entendida como transação, novação e/ou renúncia de direitos, mas apenas e tão somente como ato de tolerância.

Cláusula Décima Nona
DO FORO

19.1 Fica eleito o Fórum Central da Comarca da Capital do Estado de São Paulo, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas deste Contrato. A

E, por estarem justas e contratadas, assinam as partes, as Condições Especiais, que é parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, registrado no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sob o n.º 687.430 na data de 27.08.2012, Instrumentos que constituem o Contrato, em tantas vias quantas especificadas e na presença das testemunhas indicadas também nas Condições Especiais.

A
EH.
R.
P