

496.805.23-1

ODONTO DOC IF NA

Nacional

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Vigência 12 meses





Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da Operadora de plano de saúde: é o próprio consumidor quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o consumidor ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional ou sindicato (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o consumidor antes de se vincular a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade de interesses com a pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde:

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de prazo de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	<p>Coletivo Empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais: Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes: É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o consumidor ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos consumidores sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o consumidor tem conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), conforme Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória a operadora deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. Caso a operadora opte pelo não oferecimento da CPT ou Agravo a cobertura será total para a DLP. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo consumidor sem prévia autorização da ANS, que só se dá após processo administrativo em que o consumidor é ouvido.

Coletivo Empresarial

Com 30 participante s ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participante s

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independentemente do número de participantes.

FATOR MODERADOR, AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS, PERÍCIAS PROFISSIONAIS E DIRECIONAMENTO A PRESTADORES PARA SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS

É importante que o consumidor verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajuste anual.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O consumidor deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do consumidor ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos.

ALTERAÇÕES DA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora. No caso de prestadores hospitalares a alteração necessita ser autorizada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o consumidor fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão contratual unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do consumidor no pagamento da mensalidade, é assegurado ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado é assegurada a permanência do grupo familiar.

O consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa / órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O consumidor assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de consumidor do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o consumidor perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os consumidores de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o consumidor terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo consumidor. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Apointa para o consumidor a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios. É importante que o consumidor fique atento a esta informação, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o consumidor fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

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

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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

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

Guia de Leitura Contratual

Operadora: OdontoGroup Sistema de Saúde Ltda
 CNPJ: 02.751.464/0001-65
 Nº de registro na ANS: 38.985-4
 Nº de registro do produto: 496.805.23-1
 Site: [http:// www.odontogroup.com.br](http://www.odontogroup.com.br)
 Tel.: (61) 3421-0000

		<i>Página</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletiva por Adesão e Coletiva Empresarial.	Pág. 8
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	Pág. 8
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser coletivo ou individual.	—
<i>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	Pág. 8
<i>ÁREA DE ATUAÇÃO</i>	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	Pág. 8
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato formado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	Pág. 10 Pág. 31
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	Pág. 15
<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	Pág. 15

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	—
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	Pág. 16
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Pág. 28
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Pág. 28
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	Pág. 24
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição mensal do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria.	—

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557/222, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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

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

Nome Comercial do Plano: Odonto Doc IF NA

Número de Registro do Plano na ANS: 496.805.23-1

Segmentação Assistencial: Odontológica

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área Geográfica de Abrangência: Nacional

Área de Atuação do Plano de Saúde: Nacional

Formação de Preço: Pré-Estabelecido

Condições Gerais de Contratação

1. CLÁUSULA 1ª – DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 1.1. Trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor. Trata-se de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à Assistência 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, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento;
- 1.2. Para garantir a prestação dos serviços odontológicos ora contratados, a CONTRATADA poderá utilizar, além dos meios de execução próprios, o serviço de terceiros tecnicamente e legalmente habilitados;
- 1.3. Fazem parte deste contrato todas as ampliações, anexos, aditivos, regulamentos, rede credenciada OdontoGroup definida no plano contratado e os documentos comprovantes de pagamento.

2. CLÁUSULA 2ª – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 2.1. É denominado Beneficiário o contratante titular do plano e seus dependentes, indicados na Proposta de Adesão. O contratante responderá por todos os dados incluídos na Proposta de Adesão, apresentando os documentos e cópias indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como: RG, CPF, certidão de casamento/nascimento, comprovante de endereço;
- 2.2. É beneficiário dependente aquele que mantém grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular:
 - 2.2.1. Cônjuge ou companheiro/a (reconhecidos como dependentes no INSS ou IR);
 - 2.2.2. Filhos/ as (próprios ou adotivos), solteiros/as, até 21 anos de idade e, se estudante até 24 anos de idade (desde que cursando universidade, sem qualquer tipo de sustento próprio e reconhecidos como dependentes no INSS ou IR);
 - 2.2.3. Filhos/as portadores de necessidades especiais de qualquer natureza, independentemente da idade (reconhecidos como dependentes no INSS ou IR).
- 2.3. **A CONTRATADA exige documentos que comprovem a qualidade de dependentes legais e agregados a serem apresentados pelo representante legal ou responsável (beneficiário titular).**

3. CLÁUSULA 3ª – DA ADESÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR E DEPENDENTE

- 3.1. O contratante providenciará a inclusão inicial do beneficiário titular, seus dependentes e agregados através do preenchimento Proposta de Adesão em meio físico ou digital (através da Internet), no momento da contratação;
- 3.2. Não será permitida a inclusão de novo beneficiário dependente ou agregado após o início da vigência deste contrato, salvo exceções citadas nos itens 3.3 e 3.4;
- 3.3. Em caso de inscrição de filho adotivo do beneficiário titular, menor de 12 (doze) anos de idade, adotado durante a vigência do presente contrato, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, desde que a CONTRATADA seja comunicada em até 30 (trinta) dias da data oficial da adoção;

- 3.4. Poderão ser aproveitadas as carências cumpridas pelo beneficiário titular os recém-casados e os recém-nascidos, se a solicitação de inclusão como dependente for feita em até 30 (trinta) dias do casamento ou nascimento. Inclusões além deste prazo estarão sujeitas ao cumprimento dos prazos de carência.
- 3.5. Exclusão de beneficiário anteriormente ao cumprimento da vigência inicial de 12 (doze) meses somente será aceita quando do pagamento da multa de cancelamento antecipado, à taxa de 20% (vinte por cento) sobre o valor das contraprestações a vencer para que se complete a vigência de 12 (doze) meses. Neste caso, o contratante deverá solicitar à contratada, por escrito, o levantamento do valor devido;
- 3.5.1. O beneficiário deverá preencher e assinar o formulário de **Solicitação de Exclusão de Beneficiário ao Plano Odontológico**, dando sua ciência acerca das consequências do cancelamento, conforme RN 561/2022.

4. CLÁUSULA 4ª – DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 4.1. Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - Odontológico, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da realização do evento, para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, desde que realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;
- 4.2. Procedimentos Garantidos (de acordo com o Rol de Procedimentos da RN nº 465/2021, suas alterações ou substituições, e com os Anexos I e II da RN nº 465/2021 – Rol de Procedimentos e Diretrizes de Utilização – DUT e respectivas alterações ou substituições):

4.2.1. Diagnóstico

Consulta inicial

4.2.2. **Urgência/Emergência**

Colagem de fragmentos dentários

Imobilização dentária

Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial

Recimentação de peça / trabalho protético

Reimplante de dente avulsionado com contenção

Sutura de ferida buco-maxilo-facial (*DUT)

Tratamento de alveolite

Tratamento de odontalgia aguda

4.2.3. **Radiologia**

Radiologia interproximal (bite-wing)

Radiologia oclusal

Radiologia periapical

Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)

4.2.4. **Prevenção em Saúde Bucal**

Aplicação tópica de flúor

Atividade educativa em saúde bucal

Controle de biofilme dental (placa bacteriana)

Profilaxia: polimento coronário

Remineralização dentária

Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)

Teste de fluxo salivar

Teste de PH salivar

4.2.5. **Odontopediatria**

Adequação do meio bucal (*DUT)

Aplicação de selante (aplicação preventiva de resina) (*DUT)

Condicionamento em odontologia (*DUT)

Exodontia simples de decíduo

Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato (*DUT)

4.2.6. Dentística

Ajuste oclusal

Aplicação de cariostático (*DUT)

Faceta direta em resina fotopolimerizável (*DPA)

Núcleo de preenchimento

Restauração em amálgama

Restauração em ionômero de vidro

Restauração em resina fotopolimerizável (*DPA)

4.2.7. Periodontia

Aprofundamento / aumento de vestibulo (*DPA)

Aumento de coroa clínica

Cunha distal / proximal (*DPA)

Cirurgia periodontal a retalho

Dessensibilização dentária

Enxerto gengival livre (*DPA)

Enxerto gengival pediculado (*DPA)

Gengivectomia / gengivoplastia (*DPA)

Odonto-secção

Raspagem sub-gengival e alisamento radicular / curetagem de bolsa periodontal

Raspagem supra-gengival e polimento coronário

Sepultamento radicular

Tratamento de abscesso periodontal

4.2.8. Endodontia

Capecamento pulpar direto – excluindo restauração final

Pulpotomia / pulpectomia

Remoção de corpo estranho intra-canal

Remoção de núcleo intra-canal

Remoção temporária / tratamento expectante

Retratamento endodôntico em dentes permanentes (*DPA)

Tratamento endodôntico em dentes permanentes

Tratamento endodôntico em dentes decíduos

Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta

Tratamento de perfuração (radicular / câmara pulpar)

4.2.9. Prótese

Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de restauração metálica fundida (RMF) (*DUT)

Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui a peça protética (*DUT)

Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui a peça protética (*DUT)

Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética (*DUT)

Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui a peça protética (*DUT)

Remoção de peça / trabalho protético

4.2.10. Cirurgia

Alveoplastia

Apicectomia radicular com ou sem obturação retrógrada

Biópsia de boca (*DUT)

Biópsia de lábio (*DUT)

Biópsia de língua (*DUT)

Biópsia de glândula salivar (*DUT)

Biópsia de mandíbula / maxila (*DUT)

Bridectomia / bridotomia

Cirurgia para tórus / exostose

Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila (*DUT)

Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar

Exodontia a retalho

Exodontia de raiz residual

Exodontia simples de permanente

Frenectomia / frenotomia labial

Frenectomia / frenotomia lingual

Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial

Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção / biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial)

Redução cruenta de fratura alvéolo dentária

Redução incruenta de fratura alvéolo dentária

Redução de luxação da ATM (*DUT)

Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados) (*DPA)

Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais (*DUT)

Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região buco-maxilo-facial (*DUT)

Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial (*DUT)

Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução (*DUT)

Tunelização (*DUT)

Ulectomia

Ulotomia

* **DUT: Diretriz de Utilização.** Execução de procedimento de acordo com diretrizes de utilização constantes do Anexo II da RN nº 465/2021 e análise prévia da Operadora;

* **DPA: Diretriz para Autorização.** Execução de procedimento sujeita análise de requisitos, finalidade e direcionamento conforme definidos pela DPA do procedimento.

4.3. Também estão cobertos os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, o procedimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, e desde que o procedimento esteja listado no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, à exceção dos procedimentos elencados na Cláusula 6ª.

5. CLÁUSULA 5ª – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 5.1. Entendem-se como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há necessidade de atuação odontológica para supressão da dor intensa ou contenção de processos hemorrágicos;
- 5.2. São procedimentos de urgência / emergência aqueles assim definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS à época do evento. São eles:
 - 5.2.1. Colagem de fragmentos dentários;
 - 5.2.2. Imobilização dentária;
 - 5.2.3. Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 - 5.2.4. Recimentação de peça / trabalho protético;
 - 5.2.5. Reimplante de dente avulsionado com contenção;
 - 5.2.6. Sutura de ferida buco-maxilo-facial (*DUT);
 - 5.2.7. Tratamento de alveolite;
 - 5.2.8. Tratamento de odontalgia aguda.
- 5.3. O beneficiário terá direito aos procedimentos de emergência 24 (vinte e quatro) horas após o início da vigência de seu contrato.

6. CLÁUSULA 6ª – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 6.1. São excluídos da cobertura os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento e os provenientes de:
 - 6.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - 6.1.2. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
 - 6.1.3. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
 - 6.1.4. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

- 6.1.5. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 6.1.6. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 6.1.7. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 6.1.8. Consultas domiciliares;
- 6.1.9. Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;
- 6.1.10. Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares, assim como próteses, órteses e acessórios ligados a tais procedimentos;
 - i. Também estão excluídas as despesas hospitalares relacionadas à anestesia, internação, centro cirúrgico e outras correlacionadas quando do atendimento a paciente especial, em ambiente hospitalar, para a realização de procedimento odontológico.
- 6.1.11. Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório, bem como os exames complementares solicitados para este fim;
- 6.1.12. **Procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos, materiais e peças relacionados à implantodontia;**
- 6.1.13. Procedimentos relacionados à correção de malformação congênita.

7. CLÁUSULA 7ª – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 7.1. Para efeito de cobertura, não será considerado qualquer tipo de medicamento ou material de consumo de uso caseiro ou extra consultório;
- 7.2. Fica desde já acertado que o CONTRATANTE aceitará eventuais restrições técnicas detectadas pela CONTRATADA que alterem individualmente o grau de cobertura pactuado, não devendo a

CONTRATADA pagar, reembolsar ou ressarcir procedimentos comprovadamente danosos ou inócuos a determinado beneficiário, mesmo feito por decisão do beneficiário e fazendo parte de seu plano de cobertura;

7.3. Procedimentos com DUT (Diretriz de Utilização) ou DPA (Diretriz para Autorização) estão sujeitos à aprovação prévia da CONTRATADA (autorização administrativa) ou à aprovação prévia por profissional por ela indicado (consulta de avaliação):

7.3.1. **Adequação do Meio Bucal**

Sujeita à autorização prévia quando como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

7.3.2. **Aplicação de Cariostático**

Somente como tratamento provisório para dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

7.3.3. **Aplicação de Selante**

Somente quando indicada como terapia para fóssulas e fissuras da face oclusal de dentes posteriores e face palatina de incisivos superiores hígidos recém-erupcionados, preenchendo pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- Procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;
- Procedimento preventivo em fóssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

7.3.4. **Aprofundamento de Vestíbulo; Aumento de Vestíbulo; Cunha Distal; Cunha Proximal; Enxerto Gengival Livre; Enxerto Gengival Pediculado; Gengivectomia; Gengivoplastia**

Somente quando for como procedimento de caráter curativo, sujeito à autorização prévia com envio de imagem digital (fotografia) e laudo pericial fornecido pelo cirurgião-dentista assistente, sendo vetado para finalidade exclusivamente estética.

7.3.5. **Biópsia de Boca, de Glândula Salivar, de Lábio, de Língua e de Mandíbula/Maxila**

Para a segmentação odontológica, somente quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

7.3.6. **Condicionamento em Odontologia**

Somente para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

7.3.7. **Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino / Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida (RMF)**

Somente quando for como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente, sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final.

7.3.8. **Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila**

Para a segmentação odontológica, somente quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

7.3.9. **Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável**

Somente quando for como procedimento de caráter curativo, sujeito à autorização prévia com envio de imagem digital (fotografia) e laudo pericial fornecido pelo cirurgião-dentista assistente, sendo vetado em casos de pequenos desgastes da estrutura dentária, correções de tamanho e forma ou outras finalidades exclusivamente estéticas.

7.3.10. **Reabilitação com Coroa de Acetato / Aço ou Policarbonato**

Somente quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
- Dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.

7.3.11. **Reabilitação com Coroa Total Cerômero Unitária – Inclui a Peça Protética**

Somente para dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente, sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final.

7.3.12. **Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária – Inclui a Peça Protética**

Somente para dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente, sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final.

7.3.13. **Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido / Núcleo Pré-Fabricado – Inclui a Peça Protética**

Somente para dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente, sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final.

7.3.14. **Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária – Inclui a Peça Protética**

Somente para dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente e sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final:

- Dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- Dentes com comprometimento de cúspide funcional, independentemente do número de faces afetadas.

7.3.15. **Redução de Luxação da ATM**

Na segmentação odontológica, somente quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

7.3.16. **Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)**

Somente quando o procedimento permitir a realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Demais casos estão sujeitos a análise prévia e autorização especial, mediante laudos, imagens e demais documentos comprobatórios solicitados pela CONTRATADA.

7.3.17. **Restauração em Resina Fotopolimerizável**

Somente quando for como procedimento de caráter curativo, sendo vetada em casos de substituição de restaurações em qualquer material, com finalidade exclusivamente estética.

7.3.18. **Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes**

Procedimento passível de análise prévia, com a apresentação de elementos comprobatórios como laudo pericial e imagens, fornecidos pelo cirurgião-dentista assistente. Sujeito a direcionamento de rede credenciada.

7.3.19. **Sutura de Ferida em Região Buco-Maxilo-Facial**

Na segmentação odontológica, somente quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

7.3.20. **Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução; Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial; Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais e Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial**

Na segmentação odontológica, somente quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

7.3.21. **Tratamento Restaurador Atraumático**

Somente quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião dentista assistente:

- Tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos;
- Tratamento temporário em dentes permanentes.

7.3.22. **Tunelização**

Somente para dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II Avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

8. CLÁUSULA 8ª – DAS NORMAS DE ATENDIMENTO

- 8.1. Os beneficiários do plano serão atendidos por profissionais credenciados, em seus respectivos consultórios ou clínicas, com hora marcada e de acordo com a disponibilidade de horário, mediante a apresentação do cartão de acesso (físico ou digital) fornecido pela CONTRATADA e um documento oficial de identificação pessoal com foto;
- 8.1.1. Sem a devida identificação, o beneficiário não será atendido, não cabendo à CONTRATADA ou ao dentista quaisquer ônus ou responsabilidade sobre as consequências que o fato possa causar, além de obrigar o beneficiário ao pagamento da consulta, conforme o valor estabelecido na tabela do Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal – VRPO (Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos), divulgada no site da Associação Brasileira de Odontologia – ABO, ressalvados os casos de urgência/emergência.
- 8.2. A CONTRATADA reserva a si o direito de realizar auditorias, exames ou inspeções antes, durante ou após o término do tratamento, não podendo o beneficiário recusar-se em atender convocação para tal fim, salvo por motivo justo;
- 8.2.1. As auditorias serão realizadas por odontólogo devidamente credenciado pela CONTRATADA, em horário previamente agendado pelo beneficiário, sendo que o procedimento auditado, se dentro dos parâmetros legais, deverá ser autorizado e liberado pela CONTRATADA no prazo máximo de um dia útil ou prazo inferior, se caracterizado urgência ou emergência;
- 8.2.2. É facultada à OdontoGroup a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento;
- 8.2.3. São passíveis de auditoria clínica os procedimentos de todas as especialidades.
- 8.3. **Em caso de divergência técnica a operadora se obriga:**
- 8.3.1. Quando solicitada, fornecer ao usuário laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do plano, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

- 8.3.2. Garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência;
- 8.3.3. Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do contrato, fica garantida ao beneficiário a **formação de uma junta odontológica** composta por três membros, sendo um o requerente do pedido ou nomeado pelo beneficiário, outro nomeado pela CONTRATADA e um terceiro, desempataador, escolhido consensualmente pelos outros dois profissionais;
- i. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pertencer à rede de credenciados da CONTRATADA que, neste caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro, desempataador, será paga pela CONTRATADA.
- 8.3.4. Os critérios para a realização de junta odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto seguirão as disposições da RN 424/17 e suas posteriores alterações.

9. CLÁUSULA 9ª – DO REEMBOLSO

- 9.1. O beneficiário e seus dependentes terão direito ao reembolso das despesas com atendimento de urgência e emergência, conforme descritos na Cláusula Quinta, Do Atendimento de Urgência e Emergência, desde que ocorrido em Estado da Federação onde a CONTRATADA não possua serviço próprio ou credenciado e desde que seja respeitada a abrangência geográfica e de atuação do plano (artigo 12, VI, Lei 9656/1998);
- 9.2. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso (Código Civil, 2002). O reembolso será efetuado no prazo de trinta (30) dias, a contar da data da apresentação dos documentos originais, que poderão ser enviados pelos Correios através de carta registrada (contará a data de postagem), e-mail ou ser entregue em um dos escritórios da operadora. São eles:
- 9.2.1. Recibo ou Nota Fiscal em impresso próprio, carimbada, constando nome e endereço completos, número de telefone, CPF e CRO do cirurgião-dentista, acompanhado do comprovante de

pagamento. No documento apresentado deverão constar os procedimentos realizados e seus valores unitários e o nome completo do paciente atendido;

9.2.2. Preenchimento do **Formulário de Requisição de Reembolso** com a descrição dos procedimentos, valor, número do dente, face e arcada, nome completo do paciente atendido, data, hora e local do atendimento;

9.2.3. Relatório do cirurgião-dentista relatando o caráter de urgência / emergência;

9.2.4. Radiografias iniciais e finais dos procedimentos odontológicos executados, perfeitamente identificáveis, conforme Formulário de Requisição de Reembolso.

9.3. Se o beneficiário apresentar incompleta a documentação exigida para o reembolso a Odontogroup solicitará a complementação dos documentos. A partir do recebimento da documentação completa será contado o prazo de trinta (30) dias para que o reembolso seja efetuado;

9.4. O valor a ser reembolsado não será inferior aos valores praticados pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada do respectivo plano (artigo 12, VI, Lei 9656/1998);

9.5. O reembolso, quando devido, será feito exclusivamente através de depósito em conta bancária do beneficiário titular;

9.6. O beneficiário titular responsável pelo contrato deverá informar o banco, a agência e a conta corrente para o crédito do reembolso devido.

10. CLÁUSULA 10ª – DA FORMAÇÃO DO PREÇO, MENSALIDADE E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

10.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido;

10.2. No ato da adesão do contrato, o contratante pagará os valores correspondentes à taxa de adesão e à taxa administrativa, quando houver, conforme tabela de valores praticados à época de assinatura do contrato;

10.3. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Adesão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade;

- 10.4. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Adesão. Quando a data do vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente;
- 10.5. Se a CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, ou poderá extrair a 2ª via do boleto diretamente no sítio da operadora (www.odontogroup.com.br) ou ainda acessar o documento no APP do Beneficiário, até a data de vencimento, para que não se sujeite às penalidades decorrentes da inadimplência;
- 10.6. **Inadimplência da contratante:** a partir de 7º (sétimo) dia de atraso, a CONTRATADA poderá notificar a contratante e, caso o faça, poderá fazê-lo por telefone, e-mail, aplicativos de comunicação, correspondência formal ou outro meio de comunicação;
- 10.6.1. Ocorrendo a inadimplência por 60 (sessenta) dias ou mais (acumulados nos últimos doze meses), as prestações dos serviços odontológicos serão imediatamente suspensas;
- 10.6.2. A suspensão dos serviços odontológicos alcançará os tratamentos autorizados;
- 10.6.3. O restabelecimento dos serviços odontológicos ocorrerá com a quitação de todos os débitos em atraso;
- 10.6.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

11. CLÁUSULA 11ª – DO REAJUSTE

- 11.1. O valor das contraprestações do presente contrato será reajustado na data de seu aniversário, de acordo com o IPCA/IBGE;
- 11.1.1. Na hipótese de descontinuidade deste índice será estipulado novo índice mediante instrumento específico pré-consentido;
- 11.1.2. Caso não seja aplicado no mês do aniversário do contrato, a operadora poderá aplicar nos meses seguintes, podendo retroagir a cobrança em até três meses, desde que diluída

proporcionalmente pelo mesmo número de meses de aplicação em atraso, conforme faculta a RN 565/2022.

11.2. Para efeito contratual é considerado reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato;

11.3. O presente contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 meses e esta inicia-se no mês de aniversário do contrato;

11.3.1. A periodicidade refere-se ao intervalo entre o mês de aniversário de um ano para o outro ano.

11.4. Será utilizada a taxa de IPCA divulgada em data mais recente e próxima ao mês do aniversário do contrato, considerando o acumulado publicado oficialmente.

12. CLÁUSULA 12ª – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

12.1. Responsabilizar-se pelas despesas inerentes aos serviços odontológicos contratados e por todos os encargos de natureza trabalhista e previdenciária decorrentes do emprego de recursos humanos na execução do contrato, bem como pelos ônus tributários que incidam ou venham incidir sobre esse instrumento (salários, encargos sociais, seguros, taxas, impostos, materiais, contribuições à Previdência Social, Seguros de Acidentes de Trabalho);

12.2. Acatar, cumprir e fazer cumprir, por parte de seus empregados, as disposições contidas na legislação específica de segurança do trabalho;

12.3. Refazer os serviços que se apresentarem incompletos, defeituosos, insuficientes ou não atenderem aos padrões de qualidade exigidos pelo CRO – Conselho Regional de Odontologia ou legislação específica;

12.4. A CONTRATADA se compromete a manter, durante toda a vigência deste contrato, as condições de habilitação e qualificação exigidas para execução dos serviços e a compatibilidade com as obrigações assumidas neste contrato.

13. CLÁUSULA 13ª – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

13.1. Prestar à CONTRATADA todas as instruções, orientações e informações necessárias à fiel execução dos serviços;

13.2. É exigência da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) o fornecimento dos seguintes dados cadastrais, segundo a RN 500/2022:

13.2.1. Dados de identificação pessoal:

- Nome do beneficiário;
- Data de nascimento do beneficiário;
- Sexo do beneficiário;
- Nome da mãe do beneficiário;
- Número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF do beneficiário;
- Número de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP ou, Número de Identificação do Trabalhador - NIT;
- Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário - CNS;
- Número da Declaração de Nascido Vivo para os nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010;
- Número do Registro de Identidade Civil - RIC;
- Número da cédula de alistamento eleitoral - Título de Eleitor;
- Número da carteira de identidade e órgão emissor da carteira de identidade do beneficiário;
- Indicação da relação entre o beneficiário dependente e o beneficiário titular.

13.2.2. Dados de identificação de endereço:

- Indicação de endereço residencial ou profissional;
- Logradouro do beneficiário;
- Número logradouro do beneficiário;
- Complemento do logradouro;
- Bairro;
- Município;
- UF;
- Código de Endereçamento Postal - CEP para o endereço informado;

13.2.3. Campos de identificação do plano privados de assistência à saúde:

- Data de adesão do beneficiário ao plano;
- Número no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da Pessoa Jurídica Contratante do plano coletivo empresarial ou do plano coletivo por adesão;
- Número no Cadastro Específico do INSS - CEI do CONTRATANTE do plano coletivo empresarial ou do plano coletivo por adesão; e
- Relação de dependência.

13.3. O contratante deverá comunicar à contratada, imediatamente após a ocorrência, qualquer mudança de endereço para correspondência e/ou cobrança, assim como a manter atualizado o seu cadastro com telefones e e-mail para contato.

14. CLÁUSULA 14ª – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIAS

14.1. As coberturas garantidas pela CONTRATADA somente terão efeito após decorridos os seguintes períodos de carência, contados a partir da data de início da vigência do beneficiário:

- 14.1.1. Urgência e Emergência: 24 horas;
- 14.1.2. Consultas, Ortodontia e Radiologia: 30 dias;
- 14.1.3. Cirurgia, Dentística, Odontopediatria e Prevenção em Saúde Bucal: 60 dias;
- 14.1.4. Endodontia e Periodontia: 90 dias;
- 14.1.5. Prótese: 180 dias.

14.2. Ficam convencionados que os prazos para que o beneficiário adquira o direito de utilizar as coberturas contratadas são os constantes nesta cláusula.

15. CLÁUSULA 15ª – DAS ALTERAÇÕES DA REDE CREDENCIADA

15.1. Respeitando as condições impostas pela legislação vigente, a CONTRATADA tem por direito exclusivo a inclusão e a exclusão das clínicas odontológicas e profissionais habilitados em sua rede credenciada ou própria. Tais alterações poderão ser visualizadas pela CONTRATANTE e beneficiários, na página da operadora na rede mundial de computadores (internet – www.odontogroup.com.br).

16. CLÁUSULA 16ª – DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

16.1. O presente contrato vigorará por prazo indeterminado, e a sua vigência será partir da data da assinatura do contrato, ou da assinatura da Proposta de Adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro;

16.1.1. Conforme Resolução Normativa/ANS nº 413 de 2016, a data de início da vigência dos contratos celebrados por meio eletrônico será o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária do plano de saúde.

16.2. A **vigência (mínima) do contrato é de um ano** (artigo 13, parágrafo único, da Lei 9656/1998);

16.3. A **renovação automática do contrato** será por prazo indeterminado, sendo que não será cobrada nenhuma taxa ou qualquer outro valor por este fato.

17. CLÁUSULA 17ª – DA RENOVAÇÃO CONTRATUAL

17.1. Não havendo solicitação formal de cancelamento, por parte do contratante, sem a cobrança de qualquer taxa ou outro valor pela renovação, considerar-se-á o presente contrato renovado automaticamente por igual período e com o mesmo plano.

18. CLÁUSULA 18ª – DA RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO

18.1. A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses da vigência do contrato. A contratada notificará o contratante sobre a irregularidade nos pagamentos e poderá acionar os serviços de proteção ao crédito;

18.2. Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o beneficiário titular e seus dependentes quaisquer direitos previstos neste contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga;

- 18.3. O ato de omitir informação ou fornecer informação incorreta ou falsa, praticado pelo contratante, para obter vantagens para si ou para seus dependentes, é reconhecido como violação do contrato, permitindo à contratada a rescisão do presente contrato por fraude;
- 18.4. **A vigência deste contrato é de um ano.** Entretanto, a pedido do contratante, se a rescisão ocorrer durante a vigência do primeiro ano do contrato, o contratante pagará multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência;
- 18.5. Toda e qualquer solicitação do contratante deverá ser apresentada à contratada por escrito, com até 30 (trinta) dias de antecedência à ocorrência do fato solicitado.

19. CLÁUSULA 19ª – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

19.1. Situações da perda da qualidade de beneficiário titular:

- 19.1.1. Pela rescisão do presente contrato;
- 19.1.2. Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

19.2. Situações da perda da qualidade de beneficiário dependente:

- 19.2.1. Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- 19.2.2. Casamento, maioridade ou outra condição de perda de elegibilidade prevista neste contrato;
- 19.2.3. Por solicitação do beneficiário titular ou do responsável financeiro;
- 19.2.4. Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
- 19.2.5. Decisão judicial.

19.3. O beneficiário dependente que alcançar a maioridade ou casar-se, com consequente exclusão do grupo familiar e que, neste caso, perderá a qualidade de dependente, será automaticamente excluído do contrato. Porém, nestas condições, lhe será garantida a migração para outro contrato, na qualidade de contratante e titular, mediante solicitação e no prazo máximo de 30 (trinta) dias, com igual cobertura e aproveitamento pleno dos prazos de carência já cumpridos;

19.4. A extinção do vínculo do beneficiário 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;

19.5. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

20. CLÁUSULA 20ª – DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS E DA SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

20.1. Para fins de execução deste contrato, cumprimento de obrigações legais e regulatórias aplicáveis e exercício de direitos, a **ODONTOGROUP** poderá coletar, tratar e receber do **TITULAR** uma série de informações, incluindo dados pessoais e dados pessoais sensíveis;

20.2. A **ODONTOGROUP** é uma empresa comprometida com a preservação da privacidade e da segurança de todos os que fazem parte, de alguma forma, das suas atividades, de modo que o processamento de informações e dados pessoais é realizado em estrita conformidade com toda a legislação sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), as regulamentações expedidas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema;

20.3. A **ODONTOGROUP** se compromete a cumprir as disposições legais, os princípios e os propósitos do tratamento de dados pessoais, bem como observar os direitos dos **TITULARES**, conforme consta em sua Política de Privacidade, (<https://www.odontogroup.com.br/politica-de-privacidade/>) – tal qual é parte integrante deste Contrato;

20.4. A **ODONTOGROUP** poderá compartilhar os dados pessoais do **TITULAR** com outras empresas parceiras, em especial com a rede credenciada e empresas conveniadas, para possibilitar o amplo acesso aos serviços ofertados por toda a rede credenciada e empresas conveniadas, como descontos e benefícios exclusivos, entre outras situações, conforme consta na Política de Privacidade disponibilizada em seu site, que é parte integrante deste Contrato;

20.5. A **ODONTOGROUP** não poderá utilizar, acessar ou tratar os dados dos **TITULARES** para outras finalidades que não façam diretamente parte do escopo do presente Contrato;

20.6. A **ODONTOGROUP** garante a implementação e manutenção de um programa de segurança da

informação apropriado que inclua medidas físicas, técnicas e organizacionais eficientes que correspondam ou superem padrões e boas práticas dos negócios;

20.7. A **ODONTOGROUP** também se compromete a utilizar tecnologias e procedimentos adequados para a proteção de dados pessoais, de acordo com o nível de risco, empregando todos os esforços razoáveis para garantir a segurança de seus sistemas e dos dados pessoais e informações coletados, inclusive quando da contratação de prestadores de serviço, colaboradores e utilização de ferramentas tecnológicas pela empresa;

20.8. A **ODONTOGROUP** comunicará aos **TITULARES** no caso de quaisquer mudanças nas políticas ou procedimentos relativos à privacidade e proteção de dados pessoais;

20.9. A **ODONTOGROUP** armazenará os dados pessoais dos **TITULARES** enquanto perdurar a relação entre as **PARTES**, podendo mantê-los, após a extinção do contrato, pelos prazos previstos na legislação vigente, para o cumprimento de obrigações legais ou regulamentárias ou demais hipóteses aplicáveis.

21. CLÁUSULA 21ª – DA COBERTURA ADICIONAL AO ROL MÍNIMO

21.1. A cobertura se refere aos procedimentos odontológicos a seguir e de acordo com as Diretrizes para Autorização, desde que realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

21.2. **Cobertura Adicional na Especialidade Ortodontia.** Fica assegurado o custeio adicional das despesas com a colocação de aparelho ortodôntico, documentação inicial para a colocação do aparelho ortodôntico e a documentação final para a retirada do aparelho ortodôntico, conforme especificações a seguir;

21.2.1. 01 (um) aparelho ortodôntico fixo, metálico, de fabricação nacional, para arcada superior e arcada inferior;

21.2.2. 01 (uma) documentação inicial, que será autorizada uma vez, no início do tratamento ortodôntico, e que é composta por:

- i. 01 (um) modelos ortodônticos (arcadas superior e inferior);
- ii. 01 (uma) radiografia panorâmica de mandíbula e maxila (ortopantomografia);

- iii. 01 (uma) telerradiografia com traçado cefalométrico (arcadas superior e inferior);
- iv. 04 (quatro) radiografias periapicais;
- v. 06 (seis) fotografias.

21.2.3. 01 (uma) documentação final, que será autorizada uma vez, no final do tratamento ortodôntico, e que é composta por:

- i. 01 (um) modelos ortodônticos (arcadas superior e inferior);
- ii. 01 (uma) radiografia panorâmica de mandíbula e maxila (ortopantomografia).

21.3. Diretrizes para Autorização dos Procedimentos Adicionais ao Rol Mínimo

21.3.1. **DPA Aparelho Ortodôntico:** aparelhos ortodônticos confeccionados com qualquer material diverso do citado no item 21.2.1 estão excluídos da cobertura deste contrato.

22. CLÁUSULA 22ª – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. O presente contrato não implica em qualquer forma de associação, consórcio ou solidariedade ativa ou passiva entre as partes, e nenhuma delas poderá, sem autorização escrita, representar a outra perante terceiros;

22.2. O presente contrato não poderá ser cedido e/ou transferido, no todo ou em parte a terceiros, sem a concordância expressa e escrita das partes contratantes ou seus sucessores;

22.3. Declara a CONTRATADA ser empresa idônea e especializada no objeto contratual, respondendo civil e criminalmente por esta declaração;

22.4. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do associado que contrarie as normas e rotinas contidas neste contrato e as que vierem a ser acrescentadas, reduzidas ou modificadas em correspondências trocadas entre CONTRATANTE e CONTRATADA;

22.5. Modificações nas cláusulas deste contrato serão admitidas por aditivos assinados por ambas as partes e também por aditivos pré-consentidos para assuntos regulados pela ANS, que passarão a ser parte integrante deste contrato;

- 22.6. Casos não previstos no presente instrumento serão resolvidos em comum acordo entre as partes contratantes;
- 22.7. A não execução imediata de qualquer direito previsto neste contrato, por qualquer das partes, não será entendida como transação, novação e/ou renúncia de tais direitos, mas tão somente como ato de tolerância;
- 22.8. A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações que se referem aos beneficiários, tanto titulares quanto dependentes e agregados;
- 22.9. A CONTRATANTE e beneficiários autorizam, por si e pelos dependentes, a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, assim como as informações de atendimento, respeitando o sigilo das informações;
- 22.10. O beneficiário poderá consultar o Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS por meio do endereço eletrônico www.ans.gov.br;
- 22.11. A solicitação da 2ª via do cartão de acesso em meio físico por extravio ou perda imputável ao beneficiário gerará cobrança de taxa administrativa no valor vigente à época da solicitação;
- 22.12. Por convenção adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino;
- 22.13. A CONTRATANTE declara ter recebido o Guia de Leitura Contratual e o Manual de Orientação Contratual, documentos estes que fazem parte do presente contrato, assim como declara conhecimento e compreensão dos mesmos;
- 22.14. Este contrato é regido pelas seguintes legislações: Lei 9656/1998 e Resoluções e Instruções Normativas derivadas desta e editadas pelas ANS; Lei 13709/2018; Código de Defesa do Consumidor; Código Civil Brasileiro e demais legislações complementares e acessórias e suas atualizações ou substituições.

23. CLÁUSULA 23ª – DA FORMA DE CONTRATAÇÃO

23.1. As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos, como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP- BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2200/2001.

24. CLÁUSULA 24ª – DA ELEIÇÃO DE FORO

24.1. As PARTES elegem o foro da cidade do contratante para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Maiores Informações

Central de Atendimento

De segunda à sexta-feira, das 8 às 18h

DF: (61) 3421-0000

PE: (81) 3031-4141

Capitais e Regiões Metropolitanas: 4007-1087

Demais localidades: 0800.704-3663

Ouvidoria: através do Portal Corporativo (Internet)

Site: www.odontogroup.com.br

Matriz: SAUS Quadra 4, Bloco A, Salas 1101/1112 Ed. Victoria Office Tower

Brasília - DF - CEP: 70.070-938



Solicitação de Exclusão de Beneficiário ao Plano Odontológico

Nome Completo:		CPF:	
Telefone de contato:		E-mail:	

Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Conforme Artigo 15 da RN 561/2022

- 1) Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:
 - a) No cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
 - b) Na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN 438, de 03 de dezembro de 2018, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
 - c) Na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
- 2) Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;
- 3) As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;
- 4) As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;
- 5) A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e
- 6) A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 24, da RN 557 de 2022, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

DECLARO-ME ciente das consequências da solicitação de cancelamento de contrato de plano de saúde odontológico individual / familiar ou da exclusão de beneficiário em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

Motivo do Cancelamento:	
Local, Data e Hora:	_____, ____/____/____, ____:____

Beneficiário Solicitante – Titular

Termo de Opção de Continuidade no Plano

Opção de Manutenção como Beneficiário de Plano Privado de Assistência Odontológica

Formulário a ser preenchido quando do desligamento de beneficiário de plano privado de assistência à saúde odontológica, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e da Resolução Normativa da ANS nº 488/2022. Para demitido e exonerado sem justa causa e aposentado. Assinar e enviar para a operadora, pois o beneficiário somente será excluído do plano de assistência odontológica após o recebimento deste.

Contratante:	
Beneficiário Desligado:	

O beneficiário acima foi desligado por:

<input type="checkbox"/>	Demissão sem justa causa	<input type="checkbox"/>	Exoneração sem justa causa	<input type="checkbox"/>	Aposentado
O beneficiário desligado era aposentado que continuava trabalhando na mesma empresa?					
<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não		
O beneficiário desligado contribuía com o pagamento do plano de assistência odontológica?					
<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não		
Por quanto tempo o beneficiário desligado contribuiu com o pagamento do plano de assistência odontológica?					
<input type="checkbox"/>	anos	<input type="checkbox"/>	meses		
O ex-empregado optou por permanecer no plano atual?					
<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não		
Em caso positivo, em qual percentual? <input type="text"/> % (neste caso a cobrança será feita na fatura da contratante).					

Em caso negativo, a cobrança será feita diretamente ao ex-empregado. Forma de pagamento:

<input type="checkbox"/>	Cartão de Crédito [Visa] [Master] [Hiper]	<i>Caso opte por cartão de crédito, a operadora enviará link com token para preenchimento de dados do cartão.</i>
<input type="checkbox"/>	Dia para Vencimento da Mensalidade	
<input type="checkbox"/>	Débito em Conta [BRB] [BB] [Caixa] [Santander]	Banco (Nº): <input type="text"/>
Nº Agência:	<input type="text"/>	Nº Conta: <input type="text"/>
Dependentes:	<input type="text"/>	

Endereço atualizado do ex-empregado (com telefone para contato e e-mail):

Município – UF		Dia	De	Mês	Ano
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Assinatura do Ex-Empregado

Nome:	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>

Assinatura da Empresa Contratante

Nome:	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>