



RESUMO DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

PLANO: ODONTO FLEX
REGISTRO NA ANS: 462.583/10-8
Segmentação assistencial do plano: odontológico
Tipo de contratação: individual

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1. RAZÃO SOCIAL: ATEMDE ODONTO SAÚDE CLUBE DE BENEFÍCIOS
2. NOME FANTASIA: ATEMDE ODONTO
3. CNPJ: 15.245.079/0001-98
4. REGISTRO DA OPERADORA NA ANS: 33687-4
5. CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS: Odontologia de grupo
6. Sede: Rua Rui Barbosa, 120 Ed. Real sala 202
7. Simões Filho – Bahia

DEPENDENTES

1. Cônjuge ou companheiro, filhos, enteados e tutelados solteiros com até 40 anos.
2. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS:
3. Todos os procedimentos previstos no rol da ANS e procedimentos extras previstos em contrato (honorários de cirurgião-dentista e materiais odontológicos).
4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL:
5. Exclusivamente odontológica.

DURAÇÃO DO CONTRATO:

1. Duração mínima de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura da proposta contratual ou da data do pagamento inicial, o que ocorrer primeiro e sua renovação será automática, vigorando por prazo indeterminado.

REEMBOLSO DE DESPESAS:

1. Para procedimentos cobertos, apenas nas cidades onde não há rede ATEMDE ODONTO (considerando-se as regiões de saúde da ANS, em conformidade com a legislação vigente).

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE:

1. Preço preestabelecido.

RESCISÃO DO CONTRATO:

Por parte da operadora:

OBRIGAÇÕES DA ATEMDE ODONTO:



1. Fornecer as coberturas contratadas após cumprimento do período de carência.
2. Fornecer cópia do contrato.
3. Fornecer guia de leitura contratual e manual de contratação de planos de saúde.
4. Fornecer cartão de identificação.
5. Fornecer orientador odontológico (versão impressa ou digital CD ou consulte ao site).

OBRIGAÇÕES DO CONSUMIDOR:

1. Não emprestar o cartão de identificação.
2. Manter dados cadastrais atualizados; -

UTILIZAÇÃO DO PLANO

1. 24 HS da data do pagamento da taxa de adesão e mensalidades
2. Os beneficiários não cumprirão carência, em conformidade com as condições estabelecidas pelo plano contratado:

TERMOS ODONTOLÓGICOS - GLOSÁRIO

1. Você encontra as versões completas do glossário na página “usuário” no site: [www.atemde.com.br/termos odontológicos](http://www.atemde.com.br/termos%20odontol%C3%B3gicos).

ROL DE COBERTURAS

CLÁUSULA 3ª– Na forma da RN nº59 de dez/2003, serão obrigatoriamente submetidos ao regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas aos eventos dos itens abaixo listados, despesas estas que estarão plenamente satisfeitas com os pagamentos de mensalidade acordada.

I – DIAGNÓSTICO

1. Consulta inicial
2. Exame histopatológico (procedimento diagnóstico anatomopatológico)
3. Condicionamento em odontologia (Cobertura mínima de 03 sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo)
4. Teste de fluxo salivar

II – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

1. Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático
2. Tratamento de odontalgia aguda
3. Imobilização dentária
4. Recimentação de peça/trabalho protético
5. Tratamento de alveolite
6. Colagem de fragmentos dentários
7. Incisão e drenagem (extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial
8. Incisão e drenagem (intraoral de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial)

9. Reimplante de dente avulsionado com contenção

III – PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

1. Profilaxia
2. Atividade educativa em saúde bucal
3. Controle de biofilme dental (placa bacteriana)
4. Aplicação tópica profissional de flúor
5. Aplicação de selante
6. Adequação do meio bucal
7. Remineralização-fluoroterapia
8. Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)

IV - CIRURGIA

1. EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE.	Coberto
2. EXODONTIA A RETALHO.	Coberto
3. EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	Coberto
4. ALVEOLOPLASTIA.	Coberto
5. APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA.	Coberto
6. APICETOMIA BIRRADICULAR COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA.	Coberto
7. APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA.	Coberto
8. FRENULOTOMIA/FRENULECTOMIA LABIAL OU LINGUAL.	Coberto
9. BRIDECTOMIA/BRIDOTOMIA	Coberto
10. 1APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO.	Coberto
11. CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR.	Coberto
12. CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR- UNILATERAL	Coberto
13. CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR-BILATERAL	Coberto
14. CIURGIA PARA TÓRUS PALATINO.	Coberto
15. PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL.	Coberto
16. EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE, RANULA, CALCULO SALIVAR.	Coberto
17. REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA (CRUENTA).	Coberto
18. REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIO (INCRUENTA).	Coberto
19. ULOTOMIA.	Coberto
20. ULECTOMIA.	Coberto
21. AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Coberto
22. ODONTO-SECÇÃO.	Coberto
23. BIÓPSIA DE BOCA.	Coberto
24. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	Coberto
25. BIÓPSIA DE LÁBIO	Coberto
26. BIÓPSIA DE LÍNGUA	Coberto
27. BIÓPSIA DE MANDÍBULA	Coberto
28. BIÓPSIA DE MAXILA	Coberto



29. COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL.	Coberto
30. RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO – LABIAL.	Coberto
31. EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL.	Coberto

V - DENTÍSTICA

1. RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOATIVADA 1 FACE (DENTES ANTERIORES).	Coberto
2. RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOATIVADA 2 FACES (DENTES ANTERIORES).	Coberto
3. RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOATIVADA 3 FACES	Coberto
4. RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOATIVADA 4 FACES.	Coberto
5. RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 1 FACE.	Coberto
6. RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 2 FACES	Coberto
7. RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 3 FACES.	Coberto
8. RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 4 FACES.	Coberto
9. RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO.	Coberto
10. FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	Coberto
11. RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR	Coberto
12. NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	Coberto
13. AJUSTE OCLUSAL.	Coberto
14. RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE (TRATAMENTO TEMPORÁRIO)	Coberto
15. COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO (ATÉ 3 SESSÕES PARA OS BENEFICIÁRIOS COM COMPORTAMENTO NÃO COOPERATIVO OU DE DIFÍCIL MANEJO).	Coberto

VI - ENDODONTIA

1. TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	Coberto
2. TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR.	Coberto
3. TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR.	Coberto
4. RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR.	Coberto
5. RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR.	Coberto
6. RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR.	Coberto
7. PULPOTOMIA.	Coberto
8. TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE COM RIZOGENESE INCOMPLETA	Coberto
9. REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR.	
10. REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL9. REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR.	Coberto
11. REMOÇÃO DE OBTURAÇÃO RADICULAR.	Coberto
12. CAPEAMENTO PULPAR DIRETO.	Coberto
13. TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/ CÂMARA PULPAR).	Coberto



VII - PERIODONTIA

1. TRATAMENTO DA PERIODONTITE (RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO.	Coberto
2. TRATAMENTO DA PERIODONTITE (RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL)	Coberto
3. IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA.	Coberto
4. GENGVECTOMIA\GENGIVOPLASTIA.	Coberto
5. AUMENTO DE COROA CLINICA.	Coberto
6. CUNHA PROXIMAL.	Coberto
7. CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO.	Coberto
8. DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA.	Coberto
9. TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL.	Coberto
10. AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA.	Coberto
11. TUNELIZAÇÃO.	Coberto

VIII - ODONTOPEDIATRIA

1. TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES DECÍDUOS.	Coberto
2. PULPOTOMIA.	Coberto
3. EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS.	Coberto
4. APLICAÇÃO DE SELANTE.	Coberto
5. APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR.	Coberto
6. ULOTOMIA.	Coberto
7. ULOTOMIA	Coberto
8. APLICAÇÃO DE CARIOSTATICO	Coberto
9. COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO.	Coberto
10. RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO (TRATAMENTO TEMPORÁRIO OU DEFINITIVO).	Coberto
11. ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E OU MECÂNICA	Coberto

IX- RADIOLOGIA

1. RX PERIAPICAL	COBERTO
2. RX INTERPROXIMAL-BITE-WING	CONERTO
3. RX OCLUSAL	COBERTO
4. PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA-ORTOPANTOMOGRFIA (LIBERAÇÃO CONDICIONADA APENAS COMO AUXÍLIO DIAGNÓSTICO PRÉ E OU PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ODONTOLÓGICO)	COBERTO

VII- PRÓTESE



ITENS DO ROL DA ANS	Valor da tabela*
1. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RMF	COBERTO
2. COROA TOTAL METÁLICA FUNDIDA - UNITÁRIA	COBERTO
3. COROA 3/4 E 4/5	COBERTO
4. NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	COBERTO

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

PLANO: ODONTO FLEX

REGISTRO NA ANS: 462.583/10-8

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO: Odontológico

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

RAZÃO SOCIAL: ATEMDE ODONTO SAUDE CLUBE DE BENEFICIOS

NOME FANTASIA: ATEMDE ODONTO

CNPJ: 15245079/0001-98

CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS: Odontologia de grupo

CLÁUSULA 1ª – Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Odontológica.

PARÁGRAFO 1º - A cobertura contratual compreende todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente à época do evento e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), no que se refere à saúde bucal.

PARÁGRAFO 2º - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

DAS DEFINIÇÕES

CLÁUSULA 2ª - São adotadas as seguintes definições:

1. ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão



- física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
2. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
 3. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.
 4. **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL:** é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.
 5. **BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.
 6. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.
 7. **CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
 8. **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.
 9. **CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:** relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.
 10. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
 11. **CO-PARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
 12. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário
 13. **CONTRATADA:** operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.
 14. **DEPENDENTE:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e



- dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.
15. **EVENTO:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.
 16. **EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
 17. **FRANQUIA:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.
 18. **MENSALIDADE:** é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.
 19. **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
 20. **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
 21. **PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
 22. **PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.
 23. **TITULAR:** é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.
 24. **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:** consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.
 25. **PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento mediante o qual proponente expressa intenção de contratar o Plano de Assistência Odontológica, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais específicas do produto que esteja adquirindo, comprovando a contratação de um Plano de Assistência Odontológica.
 26. **TABELA VRPO:** É a tabela que contém os Valores de Referência de Procedimentos Odontológicos, editada pelo Conselho Federal de Odontologia e desde já integrante deste contrato
 27. **PRAZO DE GARANTIA:** É o período em meses a partir da data de ocorrência de um evento, em que não haverá cobertura para a sua repetição em prazos inferiores aos previstos abaixo. Destas condições caberá a CONTRATADA analisar os casos excepcionais, mediante justificativa do dentista credenciado.
 28. **PRAZOS DE GARANTIA POR COBERTURA:** Consultas-6(seis) meses; Prevenção-6(seis) meses; Periodontia - 24(vinte e quatro) meses; Radiologia - 24(vinte e quatro) meses; Dentística - 36(trinta e seis) meses; Prótese - 60(sessenta) meses; Cirurgia, endodontia e ortodontia-Único.



29. PRAZO DE GARANTIA ÚNICO: Quando classificados nessa condição, por sua característica clínica, os eventos poderão ser realizados uma única vez durante todo o período de vigência do contrato

DAS COBERTURAS

CLÁUSULA 3ª– Na forma da RN nº59 de dez/2003, serão obrigatoriamente submetidos ao regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas aos eventos dos itens abaixo listados, despesas estas que estarão plenamente satisfeitas com os pagamentos de mensalidade acordada.

I – DIAGNÓSTICO

5. Consulta inicial
6. Exame histopatológico (procedimento diagnóstico anatomopatológico)
7. Condicionamento em odontologia (Cobertura mínima de 03 sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo)
8. Teste de fluxo salivar

II – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

10. Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático
11. Tratamento de odontalgia aguda
12. Imobilização dentária
13. Recimentação de peça/trabalho protético
14. Tratamento de alveolite
15. Colagem de fragmentos dentários
16. Incisão e drenagem (extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial
17. Incisão e drenagem (intraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial
18. Reimplante de dente avulsionado com contenção

III – PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

9. Profilaxia
10. Atividade educativa em saúde bucal
11. Controle de biofilme dental (placa bacteriana)
12. Aplicação tópica profissional de flúor
13. Aplicação de selante



14. Adequação do meio bucal
15. Remineralização-fluoterapia
16. Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)

PARÁGRAFO 1º Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da **CONTRATADA**:

- I. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.
- II. Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.
- III. Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
- IV. Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.
- V. Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.
- VI. Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.
- VII. Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.
- VIII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.
- IX. Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

PARÁGRAFO 2º - Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

DO REEMBOLSO

PARÁGRAFO 3º - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

PARÁGRAFO 4º - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos:



1. Relatório do Dentista declarando o tratamento realizado, especificando número do dente, face, arcada, segmento, no qual se deu o tratamento e as respectivas notas fiscais dos serviços prestados, ou recibo com carimbo, CPF e Numero do Registro no CRO, podendo a **CONTRATADA** solicitar laudo de perícia em até 15 dias da data da solicitação do reembolso, caso ache necessário

PARÁGRAFO 5º - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela **CONTRATADA**, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

DAS EXCLUSÕES

CLÁUSULA 4ª - Estão excluídos deste contrato:

1. Estão excluídos deste contrato:
 - a) Atendimento domiciliar e serviços que exijam internação hospitalar ou que necessitem de realização fora de ambiente ambulatorial ou ainda que necessite de aparato especial para a prestação do serviço.
 - b) Serviços e exames que não estejam especificamente descritos no presente contrato.
 - c) Serviços para correção exclusivamente estética, de qualquer natureza.
 - d) Tratamentos de endodontia em dentes hígidos com finalidades protéticas (dentes que serviriam como pilares de ponte fixa).
 - e) Quaisquer procedimentos contrários ao Código de Ética Odontológica;
Fornecimento de medicamentos;

DAS CARÊNCIAS

CLÁUSULA 5ª - O Plano pode ser utilizado a partir de 24 horas da data do pagamento da taxa de adesão e mensalidades.

PARÁGRAFO ÚNICO - Não é aplicável a este plano a alegação de doenças e lesões pré-existentes

QUALIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO



CLÁUSULA 6ª – São beneficiários deste contrato, o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

PARÁGRAFO 1º - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;

PARÁGRAFO 2º - Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o (a) **CONTRATANTE** deverá participar, por escrito, o fato à **CONTRATADA**, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 20,00, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO 3º- Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

CLÁUSULA 7ª - O beneficiário dependente será excluído do plano odontológico nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) A pedido do beneficiário titular.

PARÁGRAFO 1º - A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

PARÁGRAFO 2º- O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS



CLÁUSULA 8ª - Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Guia do usuário (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da **CONTRATADA** com um documento de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, a Autorização Prévia da **CONTRATADA** para a realização do serviço.

PARÁGRAFO 1º - Todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da **CONTRATADA**, exceto consulta inicial e os casos de urgência, sendo garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir da solicitação.

PARÁGRAFO - 2º - Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não pertencentes à Rede.

PARÁGRAFO 3º - A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à **CONTRATADA**, assinada e datada pelo cirurgião-dentista ou médico assistente do caso, e assinada também pelo Beneficiário.

PARÁGRAFO 4º - **Guia do usuário** é a relação de prestadores de serviços odontológicos, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.

PARÁGRAFO 5º - Manual do Beneficiário é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores moderadores, limites de cobertura, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela **CONTRATADA** para a agilização do atendimento.

PARÁGRAFO 6º - O manual será atualizado pela **CONTRATADA** e ficará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

PARAGRAFO 7º - A fim de acompanhar os procedimentos odontológicos realizados, por sua rede credenciada ou não, a **CONTRATADA** poderá utilizar, a seu critério, recursos técnicos de auditoria, como a solicitação de radiografias, relatórios e demais documentos odontológicos, independente do estabelecido na Tabela de honorários e serviços.

DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO



CLÁUSULA 9ª - Este contrato terá vigência inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que correr primeiro.

PARÁGRAFO ÚNICO - Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

DO CRITÉRIO DE CUSTEIO

CLÁUSULA 10 - Este contrato é regido pelo regime misto de pagamento, ou seja, o valor da contraprestação terá uma parcela estabelecida previamente, no sistema pré-estabelecido, e outros valores que deverão ser pagos pelo regime de franquia, diretamente ao prestador de saúde, no momento da utilização dos serviços, quando houver.

PARÁGRAFO 1º - Os valores previstos para a contraprestação fixa (regime pré-estabelecido) foram definidos com base nos preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência média de utilização desses serviços e o prazo contratual. Os valores da franquia obedecerão aos preços previstos na tabela referencial constante deste instrumento contratual.

PARÁGRAFO 2º - A mensalidade referente ao sistema pré-estabelecido obedecerá aos seguintes critérios:

PARÁGRAFO 3º - O BENEFICIÁRIO titular pagará à **CONTRATADA** a quantia devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

PARÁGRAFO 4º - Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO 5º - O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

PARÁGRAFO 6º - Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

PARÁGRAFO 7º - O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

PARÁGRAFO 8º - Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

PARÁGRAFO 9º - O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.



PARÁGRAFO 10 - O fato dos **USUÁRIOS**, durante a vigência do contrato, não terem utilizado qualquer serviço coberto, não os exoneram do pagamento das mensalidades vencidas.

DISPOSIÇÕES GERAIS

CÁUSLULA 11 – Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o foro da comarca de domicílio do Contratante.



ANEXO II

Tabela ATEMDE para Reembolso no acesso à livre escolha

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Curativo em caso de hemorragia bucal	
Curativo e/ou pulpectomia em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia / necrose	R\$ 12,00
Imobilização dentária temporária (mobilidade por trauma)	R\$ 12,00
Recimentação de peça protética	R\$ 12,00
Tratamento de alveolite	R\$ 12,00
Colagem de fragmentos	R\$ 12,00
Incisão e drenagem de abscesso extra-oral	R\$ 12,00
Incisão e drenagem de abscesso intra-oral	R\$ 12,00
Reimplante de dente avulsionado	R\$ 12,00