

Plano: ODONTO MÃE VII
Registro: 473.809/15-8
Data de Registro: 13/05/2015

Dados Gerais

Contratação: Coletivo por adesão
Abrangência Geográfica: Grupo de municípios
Segmentação Assistencial: Odontológico
Formação do Preço: Pré-estabelecido
Vínculo do Beneficiário: Sem vínculo empregatício
Padrão de Acomodação: ----
Fator Moderador: Co-participação
Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

CONTRATO PLANO DE SAÚDE ODONTO MÃE VII

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: CLÍNICA ODONTOLÓGICA SASSO SOCIEDADE SIMPLES LTDA

Nome Fantasia: ODONTO MÃE

C.N.P.J: 04.686.687/0001-11

Registro ANS: 41.679-7

Classificação da Operadora na ANS: Odontologia de Grupo

Endereço: Av. Soledade, 569 conj. 1109/Torre Beta - Três Figueiras - CEP:
90050-140 Porto Alegre/RS

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço:

QUALIFICAÇÃO DO PLANO

Nome Comercial: ODONTO MÃE VII

Numero de Registro do Plano na ANS: 473.809/15-8

Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Odontológico

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de Municípios

Área de Atuação do Plano de Saúde: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Porto Alegre, São Leopoldo, Triunfo, Campo Bom, Capão da Canoa, Santo Antônio da Patrulha, Taquara, Torres.

Padrão de Acomodação: ----

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Serviços e Coberturas Adicionais: ---

Instrumento Jurídico

ATRIBUTOS DO CONTRATO

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.

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.

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.

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial;

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas físicas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

_____.

Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele e:

- 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;
- e) _____

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A contratada cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e condições estabelecidas no contrato, das despesas de assistência odontológica, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento, visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, incluindo:

A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares,

tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo contrato.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura deste plano os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, bem como:

- a) Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos;
- b) As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar;
- c) As despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação por imperativo clínico;
- d) procedimentos buco-maxilares que necessitem de internação hospitalar, bem como os exames complementares solicitados para este fim;
- e) As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência a saúde, diferente do plano odontológico;
- f) A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais;
- g) Transporte do paciente;
- h) Os tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e
- i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- j) Consultas Domiciliares

DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de ____ (O CAMPO SERÁ PREENCHIDO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Deverão ser observados os seguintes prazos de carências, a contar da data de assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário:

| Procedimentos | Carências |
|--|-----------|
| Urgências ou Emergências Odontológicas | 24 horas |
| Diagnóstico | 180 dias |
| Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia | 180 dias |
| Periodontia, Endodontia | 180 dias |
| Demais Casos | 180 dias |

O pagamento antecipado de contraprestações, não elimina ou reduz os prazos de carências.

Para os casos de urgência e emergência, o prazo de carência não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) horas.

Não será exigido o cumprimento de carências se:

1. A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.
2. O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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.

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

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.

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

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.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (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.

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.

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.

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.

Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro, desempatador, será paga pela CONTRATADA.

Indicador de Serviços da Rede 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.

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.

O manual será atualizado pela CONTRATADA e ficará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

Co-participação é a parte efetivamente paga pelo beneficiário à CONTRATADA de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

Será responsabilidade do Contratante o pagamento das co-participações, nos procedimentos a seguir, que serão cobradas juntamente com a mensalidade e terão sua estipulação no momento da contratação.

Os valores ou percentuais referentes à co-participação estarão de acordo com o normativo da ANS vigente a época da contratação e serão definidos no mesmo momento.

Procedimento de diagnóstico, no valor de _____ ou no percentual de _____%.

Urgência e emergência, no valor de _____ ou no percentual de _____%.

Radiologia, no valor de _____ ou no percentual de _____%.

Prevenção em saúde bucal, no valor de _____ ou no percentual de _____%.

Dentística, no valor de _____ ou no percentual de _____%.

Periodontia, no valor de _____ ou no percentual de _____%.

Endodontia, no valor de _____ ou no percentual de _____%.

Cirurgia, no valor de _____ ou no percentual de _____%.

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

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).

O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja

comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

REAJUSTE

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice XX. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de Y meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuário do contrato, este será reavaliado.

2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de XX% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1 \\ S_m$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

4. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do Beneficiário Titular;
- c) fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

4. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato.

RESCISÃO

SUSPENSÃO

1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) dias implicará, mediante comunicação escrita, na suspensão do contrato, ficando suspensas as aprovações de orçamentos e a execução de tratamentos não iniciados, de todos os usuários inscritos, até a efetiva regularização do débito.

RESCISÃO

2. O descumprimento de qualquer cláusula do presente contrato enseja sua rescisão mediante comunicação escrita, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

2.1. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) a distribuição da ação ou a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da CONTRATANTE;
- c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que a CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias;
- d) as exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de ____ pessoas, ou ainda, nos ____ primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- e) descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato.
- f) Quando a CONTRATANTE ou seu responsável não fizer declarações verdadeiras, omitindo informações em prejuízo da CONTRATADA;

3. Antes do término dos primeiros 12 meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (trinta) dias, observadas as condições descritas abaixo:

a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus;
ou

b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a ____% (o valor será preenchido no momento da contratação) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

4. Após a vigência do período de doze meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

5. A falta de comunicação, nos termos das cláusulas anteriores, implica na subsistência das obrigações assumidas.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Cartão de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

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\$ _____, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

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.

São adotadas as seguintes definições:

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.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

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.

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.

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.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.

CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.

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.

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.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

ELEIÇÃO DE FORO

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