

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

- **NOME COMERCIAL:** ESPECIAL – **REGISTRO ANS Nº:** 437185022
- **TIPO DE CONTRATAÇÃO:** INDIVIDUAL/FAMILIAR.
- **TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL:** ODONTOLÓGICO.
- **FORMAÇÃO DE PREÇO:** PRÉ-PAGAMENTO
- **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA:** ESTADUAL

A - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Pelo presente instrumento particular e da melhor forma de direito, de um lado, DENTAL MASTER LTDA- EPP., pessoa jurídica de direito privado, escrita no C.N.P.J./MF sob o n.º 04.212.174/0001-79, operadora de plano de saúde exclusivamente odontológico com registro na ANS n.º 413747, classificada na ANS como operadora de odontologia de grupo, com sede na Av. Major Luiz Cavalcante, 73, Centro, Paripueira - Alagoas - CEP: 57935-000, a seguir denominada simplesmente CONTRATADA, representada na forma de sua disposição estatutária.

B - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Conforme qualificado na Proposta de Adesão, sendo Beneficiário(s) somente as pessoas por este indicadas.

I- ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. Este instrumento particular tem por objetivo regular a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, inciso. I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.

1.2. 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.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. São considerados como beneficiários deste contrato o beneficiário Titular, seus dependentes e agregados, indicados na Proposta de Adesão anexa, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular.

2.2. Beneficiários dependentes são:

- a) O cônjuge;
- b) Os filhos, os enteados e os tutelados, que ficam equiparados aos filhos, menores de 18 (dezoito) anos ou de 24 (vinte e quatro) anos, se estudantes universitários;
- c) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

2.3. Beneficiários Agregados são:

- a) Qualquer pessoa designada pelo titular.

2.4. A inclusão como dependente ou agregado somente será aceita pela Contratada, no momento da contratação, excetuando-se no caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 anos de idade.

2.5. A inscrição de filho adotivo menor de 12 anos de idade, será feita sem cumprimento de período de carência.

2.6. Os menores de 18 (dezoito) anos somente poderão ser beneficiários titulares deste contrato sob a responsabilidade de um representante maior de idade como CONTRATANTE.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), 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:

3.2. A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela agência nacional de saúde suplementar vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

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

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Não estão cobertos pelo plano:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
- c) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes da execução de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- d) as despesas com honorários de anestesiistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- e) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- f) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- h) os serviços realizados por profissionais não credenciados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais credenciados;
- i) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- j) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- l) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
- m) restaurações para fins estéticos;
- n) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;
- o) atos de implante e prótese não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- p) os serviços de implantação/manutenção e o fornecimento de aparelhos ortopédicos e ortodônticos removíveis; e
- q) os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. 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.

5.2. Após esse prazo, a renovação do contrato será automática e por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Serão observados os seguintes prazos de carência, a contar da data de assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro:

24 Horas - Urgência e Emergência

180 Dias - Diagnóstico;

180 Dias - Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia;

180 Dias - Periodontia, Endodontia;

180 Dias - Demais Casos.

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

VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1. Não serão consideradas as doenças e lesões preexistentes. A cobertura nestes casos será total, respeitando os limites do contrato.

VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. 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;

II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;

III - Imobilização dentária temporária;

IV - Recimentação de trabalho protético;

V - Tratamento de alveolite;

VI - Colagem de fragmentos;

VII - Incisão e drenagem de abscesso extraoral;

VIII - Incisão e drenagem de abscesso intraoral; e

IX - Reimplante de dente avulsionado.

8.2. 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:

8.3. 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.

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

- Requerimento por escrito à CONTRATADA, solicitando o reembolso;
- Recibo ou nota fiscal do procedimento executado no atendimento, no qual deve constar: valor cobrado, data de atendimento, nome do paciente, nome do dentista, carimbo, assinatura, CPF e/ou CNPJ, ISS, endereço e telefone.

8.5. 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.

IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

REDE CREDENCIADA

9.1. A CONTRATADA disponibilizará ao beneficiário através de seu site na internet a relação de odontólogos e clínicas credenciados, de acordo com o plano contratado.

9.2. A CONTRATADA reserva-se o direito, quando necessário, de modificar ou cancelar o credenciamento de odontologistas ou entidades prestadoras de serviços, constantes na relação da rede credenciada, preservando, entretanto o mesmo nível de atendimento.

PROCEDIMENTO DE ATENDIMENTO

9.3. Para ser atendido o beneficiário, portando o cartão de identificação da CONTRATADA e um documento de identidade, deverá dirigir-se a um dos consultórios indicados na relação de odontólogos da CONTRATADA para realização de consulta inicial(perícia). A consulta inicial indicará através de laudo os serviços a serem realizados. O laudo autoriza a realização dos procedimentos e será emitido ao término da perícia. Serão priorizados os casos de urgência e emergência.

9.4. Após a realização da consulta inicial(pericial), o beneficiário poderá escolher um dos profissionais credenciados pela CONTRATADA, devendo apresentar a carteira do plano, documento de identidade e o laudo clínico (perícia);

9.5. Qualquer procedimento odontológico necessário e não constante na perícia inicial, poderá ser solicitado pelo odontólogo assistente, devendo o beneficiário ser submetido a nova perícia para emissão do laudo que autoriza o procedimento. O laudo será emitido ao término da perícia. Serão priorizados os casos de urgência e emergência. Ficando assim garantido o prazo máximo de um dia útil para resposta à solicitação de autorização, a partir do momento da solicitação, e prazo inferior, quando caracterizada a urgência;

9.6. A solicitação de realização de procedimento odontológico pode ser feita por odontólogo que não pertença à Rede, porém para a realização do procedimento odontológico o beneficiário deverá procurar os profissionais credenciados pela CONTRATADA.

9.7. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as crianças de até 5 (cinco) anos de idade possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, em relação aos demais beneficiários.

DIVERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

9.8. 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.

9.9. 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.

FRANQUIA

9.10. Deve ser entendido como “Franquia” o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

9.11. Os procedimentos abaixo poderão ser disponibilizados para os beneficiários mediante o pagamento de franquia ao prestador de serviços no valor de 80%(oitenta por cento) da tabela da CNCC:

ODONTOPEDIATRIA
COROA DE AÇO
PRÓTESE
AJUSTE OCLUSAL PROTÉTICO

REEMBASAMENTO E REPARO DE COROA PROVISÓRIA

X- FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

10.2. A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

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

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

10.5. 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.

10.6. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

10.7. 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.

10.8. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

XI - REAJUSTE

11.1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, e dar-se-á, mediante a aplicação do índice IPCA/IBGE, o qual será apurado, no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 1 mês à data de aniversário do contrato - data-base.

11.2. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice a ser incorporado ao contrato mediante instrumento específico.

11.3. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

11.4. Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (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 considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

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

$$R = \frac{S}{S_m} - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

XII - FAIXAS ETÁRIAS

12.1. Não haverá alteração nos valores das mensalidades em razão da mudança de faixa etária dos Beneficiários.

XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1. A exclusão de beneficiários ocorrerá por solicitação do Titular.

13.2. 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, excetuando-se nos casos de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

13.3. Os beneficiários que perderem a condição de dependentes, serão automaticamente considerados como agregados.

XIV - RESCISÃO

14.1. 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 de vigência do mesmo.

14.2. O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

14.3. Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

14.4. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

14.5. O CONTRATANTE terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo.

14.6. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o CONTRATANTE pagará multa de 20% das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

XV - DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) CONTRATANTE, a Relação 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).

15.2. 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\$ 5,00(cinco reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

15.3. 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.

15.4. São adotadas as seguintes definições:

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.

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.

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

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.

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.

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.

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

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.

XVI - ELEIÇÃO DE FORO

16.1. Este Contrato e seus anexos encontram-se registrados no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Maceió, Estado de Alagoas, sob o nº _____ em ___/___/_____, e estão ainda disponibilizados para consulta na sede da Operadora e no site master.dental .