



Operadora: Hapvida Assistência Médica LTDA.

CNPJ: 63.554.067/0001-98

Nº de registro na ANS: 36.825-3

Nº de registro do produto: 491390226

Site: <http://www.hapvida.com.br>

Tel.: 4002 3633 (capitais)

0300 280 3633 (outras localidades)

Guia de Leitura Contratual

*Página
do
contrato*

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Pág. 1
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações	Pág. 3
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Pág. 3
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória 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. 3
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimento a que o beneficiário 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 firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	Pág. 4
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimento a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação da saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano de saúde contratado.	Pág. 7
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	Pág. 8
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após	Pág. 8

	cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquias e/ou co-participação) 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. 9
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Pág. 8
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Pág. 13
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 tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização de serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	Pág. 12
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, ou observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO	
Nome:	+ ODONTO PREMIUM FREE TOTAL INDIVIDUAL
Número do registro:	491390226
Forma de contratação:	INDIVIDUAL OU FAMILIAR
Abrangência geográfica:	NACIONAL
Segmentação assistencial:	ODONTOLÓGICO
Padrão de acomodação:	NÃO SE APLICA
Fator moderador:	SEM
Formação de preço:	PRÉ-ESTABELECIDO
Vínculo com beneficiários:	NÃO SE APLICA

DADOS DA CONTRATADA	
Razão Social:	HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.
CNPJ:	63.554.067/0001-98
Registro ANS:	36.825-3
Modalidade:	MEDICINA DE GRUPO
Endereço:	AV. HERÁCLITO GRAÇA, 406, CENTRO, FORTALEZA/CE, CEP: 60.140-060

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR	
Nome:	
Nome da mãe:	
CPF:	
Endereço:	
Cidade / UF:	
CEP:	
Data de Nascimento:	
Telefone de contato:	
E-mail:	

CLÁUSULA PRIMEIRA DAS PARTES

1.1. De um lado, o(a) **CONTRATANTE**, ora denominado **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO TITULAR**, qualificado(a) na Ficha de Inscrição ou Proposta Contratual, parte integrante do presente contrato e que, após assinada, comprova o conhecimento e recebimento das condições adiante expostas.

1.2. . **CONTRATADA: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Heráclito Graça nº. 406, Centro, Fortaleza – Ceará, CEP 60.140-060, inscrita no CNPJ com o nº. 63.554.067/0001-98, inscrição Estadual isenta, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº. 36.825-3, no exercício da atividade de Medicina de Grupo, também denominada **OPERADORA** e/ou **HAPVIDA**, neste ato representada por seu Representante Legal abaixo assinado.

1.3. Pelo presente instrumento contratual, e na melhor forma de direito, as partes, têm entre si, justo e livremente contratado, o que se apresenta nas cláusulas a seguir.

CLÁUSULA SEGUNDA DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

2.1. O presente instrumento regula o plano de assistência à saúde denominado **+ ODONTO PREMIUM FREE TOTAL INDIVIDUAL**, produto registrado na ANS com o nº **491390226**, de contratação **INDIVIDUAL OU FAMILIAR** e segmentação exclusivamente **ODONTOLÓGICA**, nos termos da Cláusula Sétima, denominada **DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**.

2.2. Todas as coberturas contratadas serão garantidas, exclusivamente, por meio da rede informada pela **CONTRATADA**, no Manual de Orientação ao **BENEFICIÁRIO** e no Portal da Operadora, acessível através do endereço eletrônico www.hapvida.com.br. Os **BENEFICIÁRIOS** vinculados ao presente Contrato terão direito à livre escolha de profissional ou prestador pertencente à rede assistencial de outros planos da **CONTRATADA**, para consultas odontológicas, exames odontológicos complementares, prevenção odontológica, periodontia, dentística, endodontia e cirurgia odontológica ambulatorial.

CLÁUSULA TERCEIRA
DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

3.1. A Área de Abrangência Geográfica do presente contrato corresponde à área em que a CONTRATADA fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas e a Área de Atuação corresponde aos Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica.

3.2 A Área de Abrangência Geográfica do presente contrato é **NACIONAL**, com atendimento através dos dentistas e prestadores indicados no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO e no Portal da Operadora. A Área de Atuação, por sua vez, corresponde a todos os Municípios e Estados situados dentro do território nacional.

CLÁUSULA QUARTA
DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

4.1. O presente contrato não contempla cobertura hospitalar, razão pela qual seus beneficiários não fazem jus à internação em qualquer tipo de acomodação.

CLÁUSULA QUINTA
DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. A CONTRATADA opera Planos Privados de Assistência à Saúde nos termos do inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98 e se obriga à cobertura dos custos de assistência, exclusivamente, odontológica, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - OMS, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente cadastrados nos termos do presente instrumento.

5.2. O presente Contrato reveste-se de característica de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do Novo Código Civil Brasileiro, sujeitando-se às normas estatuídas na Lei nº 9.656/98 e legislação específica complementar ou outra que vier a sucedê-la e, subsidiariamente, às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEXTA
DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. São considerados beneficiários das coberturas do Plano de Assistência à Saúde, objeto deste Contrato, o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou o(s) BENEFICIÁRIO(s) Dependente(s).

6.2. É considerado BENEFICIÁRIO TITULAR, aquele que consta como responsável pela contratação, denominado CONTRATANTE.

6.3 É considerado BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, aquele que é incluído pelo CONTRATANTE, na mesma Proposta de Adesão, de acordo com a RN nº 195/09.

6.4. O Dependente não incluído no Contrato na data de sua assinatura poderá pleitear seu ingresso no plano, a qualquer tempo, mediante pedido escrito feito pelo contratante endereçado a OPERADORA. O interessado submeter-se-á ao cumprimento integral das carências e exclusões previstas no plano.

CLÁUSULA SÉTIMA
DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. 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.

7.2. Os beneficiários têm direito às seguintes coberturas: 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, CIRURGIA, PRÓTESE DENTAL realizados em consultórios ou centros clínicos odontológicos integrantes da rede assistencial da CONTRATADA, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para a segmentação odontológica, bem como abaixo elencados:

- 7.3.1. Consulta odontológica
- 7.3.2. Consulta Odontológica Inicial
- 7.3.3. Consulta Odontológica para Avaliação Técnica de Auditoria
- 7.3.4. Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
- 7.3.5. Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
- 7.3.6. Diagnóstico e tratamento de xerostomia
- 7.3.7. Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- 7.3.8. Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-Maxilo-Facial
- 7.3.9. Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-Maxilo-Facial
- 7.3.10. Diagnóstico e tratamento de halitose
- 7.3.11. Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
- 7.3.12. Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em Odontologia
- 7.3.13. Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais
- 7.3.14. Diagnóstico anatomopatológico de material de biópsia na região buco maxilo facial
- 7.3.15. Consulta odontológica de Urgência
- 7.3.16. Consulta odontológica de Urgência 24 hs
- 7.3.17. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- 7.3.18. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- 7.3.19. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- 7.3.20. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- 7.3.21. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
- 7.3.22. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
- 7.3.23. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
- 7.3.24. Reimplante dentário com contenção
- 7.3.25. Remoção de dreno extra-oral
- 7.3.26. Remoção de dreno intra-oral
- 7.3.27. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
- 7.3.28. Tratamento de alveolite
- 7.3.29. Colagem de fragmentos dentários
- 7.3.30. Pulpectomia
- 7.3.31. Restauração temporária / tratamento expectante
- 7.3.32. Tratamento de pericoronarite
- 7.3.33. Recimentação de trabalhos protéticos

- 7.3.34. Radiografia periapical
- 7.3.35. Radiografia interproximal - bite-wing
- 7.3.36. Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
- 7.3.37. Radiografia oclusal
- 7.3.38. Teste de fluxo salivar
- 7.3.39. Teste de ph salivar
- 7.3.40. Profilaxia - Polimento coronário orienta higiene bucal controle placa, aplicação de flúor
- 7.3.41. Aplicação tópica de flúor
- 7.3.42. Atividade educativa em saúde bucal
- 7.3.43. Controle de biofilme (placa bacteriana)
- 7.3.44. Raspagem supra gengival
- 7.3.45. Aplicação tópica de verniz fluoretado
- 7.3.46. Remoção dos Fatores de Retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- 7.3.47. Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
- 7.3.48. Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- 7.3.49. Controle de cárie incipiente
- 7.3.50. Aplicação de selante de fôssulas e fissuras
- 7.3.51. Restauração a traumática em dente permanente
- 7.3.52. Aplicação de carióstático
- 7.3.53. Adequação do meio bucal
- 7.3.54. Imobilização dentária em dentes decíduos
- 7.3.55. Coroa de aço em dente decíduo
- 7.3.56. Coroa de acetato em dente permanente
- 7.3.57. Coroa de policarbonato em dente decíduo
- 7.3.58. Coroa de Acetato em Dente Decíduo
- 7.3.59. Pulpotomia em dente decíduo
- 7.3.60. Tratamento endodôntico em dente decíduo
- 7.3.61. Condicionamento em odontologia
- 7.3.62. Condicionamento em odontologia em paciente especial
- 7.3.63. Aplicação de selante - técnica invasiva
- 7.3.64. Restauração Atraumática em Dente Decíduo
- 7.3.65. Exodontia simples de decíduo
- 7.3.66. Ajuste oclusal por acréscimo
- 7.3.67. Restauração de amálgama 1 face
- 7.3.68. Restauração de amálgama 2 faces
- 7.3.69. Restauração de amálgama 3 faces
- 7.3.70. Restauração de amálgama 4 faces
- 7.3.71. Restauração em ionômero de vidro 1 face
- 7.3.72. Restauração em ionômero de vidro 2 faces
- 7.3.73. Restauração em ionômero de vidro 3 faces
- 7.3.74. Restauração em ionômero de vidro 4 faces
- 7.3.75. Núcleo de preenchimento
- 7.3.76. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
- 7.3.77. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
- 7.3.78. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
- 7.3.79. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
- 7.3.80. Remineralização
- 7.3.81. Dessensibilização dentária
- 7.3.82. Faceta direta em resina fotopolimerizável
- 7.3.83. Ajuste oclusal por desgaste seletivo
- 7.3.84. Raspagem sub gengival/ alisamento radicular
- 7.3.85. Imobilização dentária em dentes permanentes
- 7.3.86. Gengivectomia
- 7.3.87. Tunelização

- 7.3.88. Aumento de coroa clínica
- 7.3.89. Tratamento de gengivite necrosante aguda-GNA
- 7.3.90. Gengivoplastia
- 7.3.91. Odontosecção
- 7.3.92. Cirurgia periodontal a retalho
- 7.3.93. Cunha proximal
- 7.3.94. Enxerto gengival livre
- 7.3.95. Cirurgia odontológica a retalho
- 7.3.96. Enxerto pediculado
- 7.3.97. Exodontia simples de permanente
- 7.3.98. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
- 7.3.99. Exodontia de raiz residual
- 7.3.100. Exodontia a retalho
- 7.3.101. Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- 7.3.102. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
- 7.3.103. Frenectomia labial
- 7.3.104. Frenectomia lingual
- 7.3.105. Remoção de dentes semi-inclusos/impactados
- 7.3.106. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
- 7.3.107. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- 7.3.108. Tratamento cirúrgico de tumores odontogenicos benignos- sem reconstrução
- 7.3.109. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- 7.3.110. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
- 7.3.111. Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila
- 7.3.112. Tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais
- 7.3.113. Tratamento cirúrgico de fistulas buco-sinusal
- 7.3.114. Remoção de dentes inclusos / impactados
- 7.3.115. Aprofundamento/aumento de vestíbulo
- 7.3.116. Ulotomia
- 7.3.117. Ulectomia
- 7.3.118. Alveoloplastia
- 7.3.119. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
- 7.3.120. Apicetomia birradicular com obturação retrógrada
- 7.3.121. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
- 7.3.122. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
- 7.3.123. Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada
- 7.3.124. Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada
- 7.3.125. Biópsia de boca
- 7.3.126. Cirurgia para tórus mandibular unilateral
- 7.3.127. Cirurgia para tórus mandibular bilateral
- 7.3.128. Cirurgia para tórus palatino
- 7.3.129. Bridectomia
- 7.3.130. Exérese ou excisão de mucocele
- 7.3.131. Excisão rânula
- 7.3.132. Biópsia de lábio
- 7.3.133. Biópsia de língua
- 7.3.134. Biópsia de mandíbula
- 7.3.135. Biópsia de maxila
- 7.3.136. Biópsia de glândula salivar
- 7.3.137. Amputação radicular sem obturação retrógrada
- 7.3.138. Bridotomia
- 7.3.139. Frenulotomia Labial

- 7.3.140. Frenulotomia Lingual
- 7.3.141. Remoção de dreno extra-oral
- 7.3.142. Controle pós-operatório em odontologia
- 7.3.143. Reconstrução de sulco gengivo-labial
- 7.3.144. Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM
- 7.3.145. Remoção de dreno intra-oral
- 7.3.146. Cirurgia para Exostose Maxilar
- 7.3.147. Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- 7.3.148. Remoção de odontoma
- 7.3.149. Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- 7.3.150. Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- 7.3.151. Tratamento Cirúrgico de Bridas constrictivas da Região buco-maxilo-facial
- 7.3.152. Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
- 7.3.153. Tratamento endodôntico unirradicular
- 7.3.154. Tratamento endodôntico birradicular
- 7.3.155. Tratamento endodôntico multirradicular
- 7.3.156. Retratamento endodôntico unirradicular
- 7.3.157. Retratamento endodôntico birradicular
- 7.3.158. Retratamento endodôntico multirradicular
- 7.3.159. Tratamento de perfuração endodôntica
- 7.3.160. Pulpotomia em dente permanente
- 7.3.161. Remoção de núcleo intrarradicular
- 7.3.162. Curativo de demora em endodontia
- 7.3.163. Capeamento pulpar direto
- 7.3.164. Preparo para núcleo intrarradicular
- 7.3.165. Remoção de material obturador intracanal para Retratamento endodôntico
- 7.3.166. Remoção de Corpo Estranho Intracanal
- 7.3.167. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
- 7.3.168. Restauração metálica fundida
- 7.3.169. Núcleo metálico fundido
- 7.3.170. Pino/Núcleo pré fabricado
- 7.3.171. Coroa provisória sem pino
- 7.3.172. Coroa provisória com pino
- 7.3.173. Remoção de peça/trabalho protético
- 7.3.174. Coroa total metálica
- 7.3.175. Coroa total em cerômero
- 7.3.176. Reembasamento de coroa provisória
- 7.3.177. Provisório para Restauração metálica fundida
- 7.3.178. Coroa de aço em dente permanente
- 7.3.179. Coroa de policarbonato em dente permanente
- 7.3.180. Coroa total acrílica prensada
- 7.3.181. Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)

CLÁUSULA OITAVA DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Excluem-se da cobertura deste plano odontológico todo e qualquer procedimento não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, definido para a segmentação odontológica, em desacordo com seus limites e Diretrizes de Utilização – DUT, bem como os procedimentos relativos a:

- a) Cirurgias buco-maxilo-faciais não listadas no Rol de Procedimentos da ANS definidos para a segmentação odontológica ou sem enquadramento na respectiva Diretriz de Utilização – DUT;

- b) Cirurgias periodontais não listadas no Rol de Procedimentos da ANS definidos para a segmentação odontológica ou sem enquadramento na respectiva Diretriz de Utilização – DUT;
- c) Implantes;
- d) Radiografia panorâmica sem enquadramento na respectiva Diretriz de Utilização – DUT;
- e) Próteses de qualquer natureza;
- f) Órteses e materiais especiais necessários para a execução de procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação odontológica;
- g) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
- h) Fornecimento de materiais, medicamentos e produtos importados (não nacionalizados), ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, necessários à realização de procedimentos cobertos pelo presente contrato e de medicamentos para tratamento domiciliar;
- i) Consultas domiciliares;
- j) Tratamento clínico experimental;
- k) Procedimentos clínicos para fins estéticos;
- l) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- m) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

CLÁUSULA NONA DA DURAÇÃO DO CONTRATO

9.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 01(um) ano, a partir da assinatura do presente instrumento, da PROPOSTA DE ADESÃO ou do PRIMEIRO PAGAMENTO, o que ocorrer primeiro, sendo renovado automaticamente por prazo indeterminado, não havendo a cobrança de taxa ou qualquer outro valor similar.

CLÁUSULA DÉCIMA DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1. Em conformidade com a RN nº 195/09, que determina que poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência, o direito de atendimento dos beneficiários deste Contrato, encontra-se vinculado, a contar da data da ADESÃO, DA ASSINATURA DO CONTRATO, DA PROPOSTA DE ADESÃO ou DO PRIMEIRO PAGAMENTO, o que ocorrer primeiro, aos seguintes prazos de carência, para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, de acordo com a segmentação ODONTOLÓGICA contratada:

PRAZOS DE CARÊNCIA	COBERTURA
24 (Vinte e quatro) horas	Para atendimentos decorrentes de urgência/emergência.
60 (Sessenta) dias	Para diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística.
90 (Noventa) dias	Para Endodontia, Periodontia e Cirurgia Bucal
180 (Cento e oitenta) dias	Para os demais procedimentos odontológicos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

11.1. Não há cláusula para Doença ou Lesão Preexistente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

12.1.1. Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que a lei assim definir como de urgência/emergência para a segmentação odontológica.

12.2. DO REEMBOLSO:

12.2.1. O reembolso dos custos pelo atendimento de Urgência e Emergência realizado por prestador não credenciado à CONTRATADA, somente será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica CONTRATADA, para as despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica. Em casos de Urgência e Emergência comprovada através dos documentos abaixo relacionados, na impossibilidade justificada da não utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a tabela de preços por esta praticada no produto ao qual o BENEFICIÁRIO está vinculado, em conformidade com o art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98.

12.2.2. À exceção das situações previstas no art. 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98 e na RN nº 259/2011 ou outra que venha a lhe substituir, não haverá reembolso de despesas particulares decorrentes de atendimentos realizados fora da rede assistencial vinculada ao produto contratado junto à Operadora.

12.2.3. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo, para tanto, apresentar a seguinte documentação, original ou em fotocópia autenticada: Recibos e/ou Notas Fiscais que comprovem o pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA; Relatório do odontólogo assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado; Declaração do odontólogo assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência, quando for o caso e Declaração do usuário justificando a utilização dos serviços realizados em locais não apontados no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO.

12.2.4. O usuário deverá informar os dados da sua conta bancária para que o Reembolso seja efetuado pela CONTRATADA. Nos casos em que o depósito tiver que ser realizado em conta de terceiro, o BENEFICIÁRIO ou responsável deverá apresentar uma autorização escrita, com firma reconhecida em cartório, autorizando a CONTRATADA a efetuar o reembolso na referida conta. Se o BENEFICIÁRIO for menor de idade, deverá ser apresentada à CONTRATADA, cópia

autenticada da sua Certidão de Nascimento, comprovando que o solicitante é responsável pelo menor.

12.2.5. O reembolso, quando devido, será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA.

ATENDIMENTO ATRAVÉS DE LIVRE ESCOLHA:

12.2.6 O beneficiário poderá escolher o prestador não Credenciado ou que atenda outro produto da Operadora e requerer o reembolso de procedimentos cobertos de acordo com a cláusula deste contrato denominada COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS e nos limites das obrigações da Tabela de Procedimentos de Reembolso.

12.2.7 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual conforme Tabela de Procedimentos de Reembolso vigente.

12.2.8 Não haverá reembolso de despesas particulares decorrentes de atendimentos realizados na rede assistencial vinculada ao produto contratado junto à Operadora;

12.2.9 O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo, para tanto, apresentar a seguinte documentação, original ou em fotocópia:

- Recibos e/ou Notas Fiscais que comprovem o pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA;
- Relatório do odontólogo assistente, indicando a patologia e o procedimento realizado com detalhamento das Incisões de valores de cada procedimento;
- Declaração do odontólogo assistente especificando a razão do atendimento, quando for o caso;
- Imagens Radiográficas/Fotográficas para procedimentos realizados quando necessário;

12.2.10 O usuário deverá informar os dados da sua conta bancária para que o Reembolso seja efetuado pela CONTRATADA. Nos casos em que o depósito tiver que ser realizado em conta de terceiro, o BENEFICIÁRIO ou responsável deverá apresentar uma autorização escrita, com firma reconhecida em cartório, autorizando a CONTRATADA a efetuar o reembolso na referida conta. Se o BENEFICIÁRIO for menor de idade, deverá ser apresentada à CONTRATADA, cópia autenticada da sua Certidão de Nascimento, comprovando que o solicitante é responsável pelo menor.

12.2.11 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 superior à Tabela de Procedimentos de Reembolso vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:

13.1. A CONTRATADA prestará os serviços assistenciais, em conformidade com as áreas de abrangência e de atuação do contrato, por meio dos prestadores próprios e/ou credenciados, apontados no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO ou Portal da Operadora.

13.2. Ao se habilitar para qualquer tipo de atendimento, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar a seguinte documentação, que poderá ser dispensada, no todo ou em parte, pela CONTRATADA:

- a) Cartão de Identificação do BENEFICIÁRIO fornecido pela CONTRATADA (*Disponível no site ou Aplicativo*);
- b) Documento de identidade com foto do beneficiário-paciente.

13.3. Ao se habilitar para atendimentos que demandem autorização prévia, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar a seguinte documentação, que poderá ser dispensada, no todo ou em parte, pela CONTRATADA:

- a) Cartão de Identificação do BENEFICIÁRIO fornecido pela CONTRATADA (*Disponível no site ou Aplicativo*);
- b) Documento de identidade com foto do BENEFICIÁRIO-paciente;
- c) Guia de encaminhamento, devidamente autorizada pela CONTRATADA, quando necessário;

13.4. A CONTRATADA utilizar-se-á de processos de identificação biométrica e/ou facial como forma de reconhecimento dos BENEFICIÁRIOS, exceto nos casos em que, por liberalidade expressa, dispensar tal obrigação.

13.4.1. Eventual liberalidade por parte da CONTRATADA em dispensar o BENEFICIÁRIO da obrigação de reconhecimento através do processo de identificação biométrica, não lhe garante o direito de pleitear a isenção definitiva de tal obrigação que, a qualquer tempo, poderá ser novamente exigida pela CONTRATADA.

13.4.2. Os BENEFICIÁRIOS portadores de necessidades especiais (deficientes físicos e mentais) somente serão isentos da referida obrigação, a critério da Operadora;

13.5. O atendimento reger-se-á pelas seguintes condições:

13.5.1. Quando em caráter ELETIVO:

- a) Todo atendimento deverá ser realizado através de odontólogos e prestadores indicados no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO ou no Portal da Operadora, mediante marcação prévia;
- b) As consultas eletivas serão realizadas primeiramente em especialidade básica, e na necessidade de consultas em outras especialidades, estas ocorrerão após solicitação dos odontólogos das especialidades básicas, mediante prévia autorização e indicação da Operadora;
- c) Os procedimentos das especialidades de Radiologia, Dentística, Periodontia, Endodontia e Prótese Dental dependem de autorização prévia;
- d) Os procedimentos que demandam autorização prévia poderão ser solicitados pelo prestador via internet (Portal do Prestador ou Aplicativo), ou telefone e a operadora emitirá resposta. Nesses casos, a CONTRATADA poderá exigir que o BENEFICIÁRIO seja avaliado por odontólogo auditor da Operadora ou, ainda, que apresente relatórios do seu odontólogo assistente, resultados de exames porventura solicitados ou outros documentos necessários à avaliação da solicitação odontológica, ficando este ciente de que, havendo recusa à tal avaliação ou à apresentação da documentação solicitada, a solicitação de autorização ficará pendente até que o mesmo seja avaliado pela Auditoria da Operadora ou apresente a documentação requerida.

13.5.2. Quando em situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

a) Utilizar os serviços de urgência/emergência odontológicas indicados para tal no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO ou no Portal da Operadora;

b) Quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados pela CONTRATADA, dentro da área geográfica de abrangência do plano, o BENEFICIÁRIO deverá proceder conforme cláusula de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

13.6. Os serviços disponibilizados pelo presente contrato, uma vez inerentes à segmentação odontológica, devem ser solicitados por cirurgiões dentistas, não havendo restrição aos não pertencentes à rede assistencial da operadora.

13.6.1. O fato do profissional solicitante não fazer parte da rede assistencial da CONTRATADA não constitui, por si só, motivo de negativa de autorização de procedimento por parte desta.

13.6.2. A impossibilidade de negativa de autorização em virtude do profissional solicitante não pertencer à rede assistencial da CONTRATADA, não pressupõe o direito do BENEFICIÁRIO à realização do procedimento com o profissional não credenciado às expensas da CONTRATADA e nem o exime da obrigação de submeter-se às regras de Auditoria e demais condições previstas no presente instrumento.

13.6.3. Ao receber a solicitação de um profissional não pertencente à sua rede assistencial, a CONTRATADA, através de sua Auditoria, analisará se ele é devido, de acordo com as condições contratuais e legais de cobertura. Se o procedimento for de cobertura obrigatória, a CONTRATADA autorizará o procedimento para um profissional pertencente à sua rede assistencial, devidamente habilitado para a sua realização, cabendo ao BENEFICIÁRIO procurar o referido profissional e agendar diretamente com ele o procedimento;

13.6.4. Dependendo da natureza do procedimento, o odontólogo disponibilizado pela CONTRATADA poderá solicitar avaliação ou consulta prévia do BENEFICIÁRIO, o que não constituirá qualquer óbice por parte da CONTRATADA à cobertura pretendida.

13.6.5. A assistência integral será garantida ao BENEFICIÁRIO exclusivamente por meio de profissional habilitado pertencente à rede assistencial da CONTRATADA ofertado para a realização do procedimento. Caso o BENEFICIÁRIO optar por realizar o procedimento através de profissional não pertencente à rede da CONTRATADA, correrão por conta e risco do BENEFICIÁRIO todas as despesas inerentes ao procedimento, tais como honorários do odontólogo assistente e de sua equipe, materiais, equipamentos, despesas, taxas e outros custos inerentes ao procedimento, o reembolso será de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso vigente.

13.6.6. A CONTRATADA não cobrirá os custos de procedimentos eletivos realizados por odontólogos pertencentes à rede assistencial do produto contratado pelo BENEFICIÁRIO, sem consulta prévia e sem autorização explícita.

13.7. A rede de prestadores da CONTRATADA constará do Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO, podendo ser, ainda, consultada por meio do site da HAPVIDA, www.hapvida.com.br, os quais serão atualizados periodicamente.

13.8. A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os prestadores de serviços constantes do Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO e do seu Portal, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados, preservando-se a equivalência destes, bem como assegurando o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO, nos termos da legislação.

13.9 Nas situações de divergência odontológica, a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será garantida pela CONTRATADA por meio de junta odontológica constituída pelo

profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico/odontólogo nomeado pela operadora e por um terceiro, remunerado e sugerido pela Operadora, ratificado de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.

13.9.1. O odontólogo assistente só poderá recusar o terceiro profissional sugerido pela Operadora por três vezes, ocasião em que a Operadora encaminhará o caso para que o Conselho Profissional competente faça a indicação;

13.9.2. Caso o BENEFICIÁRIO não concorde com a formação da Junta Médica/Odontológica, o pedido de autorização ficará sobrestado até que o BENEFICIÁRIO se manifeste a favor de sua realização, nos termos da legislação vigente ou outra que venha a lhe substituir.

13.9.3. A presença do BENEFICIÁRIO quando da realização da Junta Médica/Odontológica poderá ser dispensada, salvo quando for necessária a sua avaliação física pelos profissionais participantes;

13.9.4. A Junta Médica/Odontológica não será, obrigatoriamente, presencial, podendo, inclusive, qualquer um dos seus integrantes participar por videoconferência, telemedicina ou qualquer outro recurso que viabilize a análise da divergência clínica/odontológica suscitada;

13.9.5. Caso a Junta Médica/Odontológica seja desfavorável à solicitação do médico/odontólogo assistente, a CONTRATADA se desobriga a cobrir os custos do procedimento solicitado, passando este a ser de inteira e exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

13.10 O BENEFICIÁRIO fica ciente de que, para fins de cumprimento dos prazos legais de garantia previstos na legislação, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde demandar e, não necessariamente, a um prestador específico de sua livre escolha.

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

13.13. Este produto não possui fator moderador.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

14.1. O regime de pagamento é de pré-pagamento e o valor da remuneração deverá ser pago pelo BENEFICIÁRIO TITULAR conforme vencimento, tudo determinado na Proposta de Adesão.

14.2. Havendo atraso no pagamento das mensalidades, serão cobrados do(a) CONTRATANTE, além do valor principal, multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês pro rata die (0,0332% ao dia).

14.3. Além dos encargos de mora previstos no item anterior, a CONTRATADA poderá cobrar, ainda, correção monetária, custos administrativos ou honorários de cobrança sobre o valor devido, não podendo ultrapassar a 10% do valor principal (pro rata die), ficando a(o) CONTRATANTE ciente de que seu nome poderá ser inscrito nos órgãos de proteção ao crédito, nos termos da Legislação vigente.

14.4. O pagamento da contraprestação pecuniária de um determinado mês, não quita débitos de mensalidades anteriores.

14.5. O não recebimento do(s) boleto(s) em sua residência, não exime o BENEFICIÁRIO TITULAR do pagamento pontual das obrigações assumidas perante a CONTRATADA. O(s) boleto(s) poderá(ão) ser acessado(s) através do site da CONTRATADA, www.hapvida.com.br, bem como retirado nos totens de atendimento disponíveis em suas unidades de atendimento.

14.6. O BENEFICIÁRIO está a obrigado a manter atualizado junto à Operadora todos os seus dados cadastrais, inclusive, endereço.

14.6.1. Caso o beneficiário altere seu endereço e não comunique à Operadora, dar-se-ão como aceitos e recebidos quaisquer boletos, correspondências, notificações, inclusive, de inadimplência, enviados pela Operadora ao endereço constante de seu banco de dados.

14.7. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados (artigo 21, da RN nº 195/2009), respeitadas as suas atualizações, em virtude dos reajustes aplicados durante a vigência do contrato, na forma da Lei.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DO REAJUSTE

15.1. 15.1 O valor das contraprestações pecuniárias será corrigido anualmente, na data do aniversário do Contrato, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DA FAIXA ETÁRIA

16.1. As variações das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do Beneficiário, obedecerão as seguintes faixas etárias determinadas pela Lei 9.656/98:

- 1ª. Faixa Etária: De 00 a 18 anos de idade
- 2ª. Faixa Etária: De 19 a 23 anos de idade
- 3ª. Faixa Etária: De 24 a 28 anos de idade
- 4ª. Faixa Etária: De 29 a 33 anos de idade
- 5ª. Faixa Etária: De 34 a 38 anos de idade
- 6ª. Faixa Etária: De 39 a 43 anos de idade
- 7ª. Faixa Etária: De 44 a 48 anos de idade
- 8ª. Faixa Etária: De 49 a 53 anos de idade
- 9ª. Faixa Etária: De 54 a 58 anos de idade
- 10ª. Faixa Etária: A partir de 59 anos de idade

16.2. Os percentuais de variação para cada faixa serão:

- Ao mudar da 1ª. para a 2ª. Faixa Etária: 0,00%
- Ao mudar da 2ª. para a 3ª. Faixa Etária: 0,00%
- Ao mudar da 3ª. para a 4ª. Faixa Etária: 0,00%
- Ao mudar da 4ª. para a 5ª. Faixa Etária: 0,00%
- Ao mudar da 5ª. para a 6ª. Faixa Etária: 0,00%
- Ao mudar da 6ª. para a 7ª. Faixa Etária: 0,00%
- Ao mudar da 7ª. para a 8ª. Faixa Etária: 0,00%
- Ao mudar da 8ª. para a 9ª. Faixa Etária: 0,00%
- Ao mudar da 9ª. para a 10ª. Faixa Etária: 0,00%

16.3. É certo que, o valor fixado para a última faixa etária, não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária, e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

16.4. Em havendo alteração da faixa etária de qualquer Beneficiário inscrito no presente Contrato, o valor da contraprestação pecuniária correspondente àquele Beneficiário será reajustado, no mês subsequente ao da ocorrência.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1 Se o BENEFICIÁRIO TITULAR retirar-se do contrato, os BENEFICIÁRIOS dependentes deverão nomear novo Titular, havendo a manutenção do contrato vigente, inclusive aproveitando integralmente as carências já cobertas pelo contrato dos BENEFICIÁRIOS remanescentes.

17.2. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade (inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9656/1998).

17.3. Os BENEFICIÁRIOS dependentes podem ser excluídos do plano odontológico após atingirem a idade máxima estabelecida no contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DA RESCISÃO

18.1. Nos contratos de Planos individuais/familiares a rescisão contratual unilateral por parte da CONTRATADA somente pode ocorrer em duas hipóteses (artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9656/1998):

- a) Por fraude comprovada;
- b) Por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja, comprovadamente, notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

18.2. Nos casos em que o BENEFICIÁRIO TITULAR desejar rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de 01(um) ano, haverá multa rescisória de 20% (vinte) sobre o valor das mensalidades que restem para completar o período de 12 (doze) meses.

18.3. O cancelamento do contrato ou mesmo exclusão de eventual(is) dependente(s), nos termos da RN nº 412/2016, somente poderá ser realizado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) Comparecendo na sede da Operadora ou em suas filiais, munido do seu documento de identificação. Eventual representação por terceiro poderá ser realizada por meio de procuração particular específica, com firma reconhecida, acompanhada de cópia autenticada de documento de identificação do BENEFICIÁRIO TITULAR e do PROCURADOR;
- b) Por meio de atendimento telefônico, por meio de número específico, disponibilizado no site da operada (www.hapvida.com.br);
- c) Por meio da página da operadora na internet (www.hapvida.com.br), por meio de acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), nos termos previstos na RN nº 389/2015.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante às Cláusulas do presente Contrato, será tida como mera liberalidade, não se constituindo em novação contratual, bem como não se caracterizando direito adquirido pelo(a) BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou Dependentes, permitindo à Operadora retornar ao que está pactuado neste contrato, sem necessidade de comunicação prévia.

19.2. A tolerância ou demora da CONTRATADA em exigir do(a) CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

19.3. O(A) CONTRATANTE declara-se expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados neste Contrato, estão submetidos a exclusões, limitações de coberturas e abrangências, prazos, carências e regras que disciplinam o seu fornecimento, tais como as expostas nas cláusulas deste Contrato. Admite, outrossim, que a CONTRATADA dispõe de outros planos de assistência odontológica, com coberturas mais amplas e preços diferenciados, que lhe foram oferecidos por esta última e, ainda assim, reafirma seu interesse na contratação aqui estipulada, nas bases descritas no presente instrumento.

19.4. Fazem parte do contrato todos os documentos entregues ao CONTRATANTE, tais como: PROPOSTA DE ADESÃO, DECLARAÇÃO DE SAÚDE (quando houver), a Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e Guia de Leitura Contratual – GLC, todos entregues ao(à) CONTRATANTE no momento da contratação.

19.5. Para esclarecimentos, sugestões e reclamações, sendo que neste caso é imperativo que seja identificado de forma clara o local, a hora e a data da ocorrência, quanto aos planos contratados, os BENEFICIÁRIOS deverão fazê-los através do SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente ou da Ouvidoria da CONTRATADA. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes contratantes.

19.6. O presente instrumento está de acordo com as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e encontra-se registrado nos Cartórios de Registro de Títulos e Documentos de Pessoas Jurídicas informados na página de Apresentação de Produtos, da Proposta de Adesão firmada pelo BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA DA POLÍTICA DE PROTEÇÃO DOS DADOS

20.1. Caso, em virtude deste Contrato, a CONTRATADA tenha acesso a dados pessoais, sensíveis ou não, de clientes, colaboradores, prestadores de serviços, acionistas ou outras pessoas físicas da CONTRATANTE, a CONTRATADA, além das obrigações previstas neste instrumento, compromete-se a:

- (i) Cumprir a Lei nº 13.709/18 e legislação relacionada à proteção de dados pessoais e privacidade (“LGPD”);
- (ii) Realizar o tratamento dos dados única e exclusivamente para o cumprimento do objeto do presente Contrato;
- (iii) Após o término da finalidade, as informações recebidas deverão ser excluídas ou apagadas de forma definitiva, em atendimento à LGPD;
- (iv) Somente deverão ter acesso aos dados pessoais aqueles colaboradores que realmente necessitam destas informações para a prestação dos serviços objeto do presente instrumento;
- (v) Tomar as medidas de segurança de informação necessárias para a proteção dos dados, evitando o compartilhamento ou o vazamento dos dados pessoais, sensíveis ou não, compartilhados sob a égide deste contrato;

(vi) Responder integralmente pelos danos causados à CONTRATANTE por violação de dados ou vazamento de informações, objeto deste Contrato;

(vii) Manter a CONTRATANTE livre de qualquer reclamação, ação ou questionamento em função do uso indevido dos dados pessoais, ora revelados, incluindo utilização fora da finalidade descrita aqui e demais utilizações em desacordo com o expressamente previsto neste instrumento.

20.2. Segurança no tratamento dos dados:

Considerando as técnicas mais avançadas, os custos de aplicação e a natureza, o âmbito, o contexto e as finalidades do tratamento de dados, bem como os riscos, de probabilidade e gravidade variável, para os direitos e liberdades das pessoas singulares, a CONTRATADA deverá aplicar as medidas técnicas e organizativas adequadas para assegurar um nível de segurança adequado ao risco.

20.3 Violação de dados pessoais:

Em caso de violação de dados pessoais, perda de arquivos ou na ocorrência de qualquer incidente de segurança ou vulnerabilidade constatada na sua rede, envolvendo os dados, a CONTRATADA deverá notificar imediatamente à CONTRATANTE contendo os dados completos relativos ao evento.

20.4 Auditoria:

Fica desde já autorizado pela CONTRATADA a realização pela CONTRATANTE de auditorias em seus sistemas e estabelecimentos, conforme aplicável, a fim de verificar o cumprimento do disposto neste Contrato, bem como, na ocorrência do disposto dos itens acima, para avaliar a extensão da violação, incidente ou evento de violação de dados ocorridos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA DA ELEIÇÃO DE FORO

21. As partes elegem o foro da Comarca em que está estabelecido o Contratante, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

BENEFICIÁRIO

_____, ____ / ____ / ____

Local, Data

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____ / ____ / ____

Local, Data

Nome: _____

CPF: _____. _____. ____ - ____

Assinatura: _____

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.**

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
 - Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
 - Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:
www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS
 - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____
 Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____
 Local Data

Nome: _____

CPF: _____ - _____

Assinatura: _____