

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Soprevi POA Individual/Familiar

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

De um lado a CONTRATADA: **SOPREVI – SERVIÇO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO INTEGRADO LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado com sede em Porto Alegre (RS), na Rua Quintino Bocaiúva nº 694, conj. 708, inscrita no CNPJ sob o nº 89.455.315/0001-37 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 40.324-5, na modalidade de Odontologia de Grupo, neste ato representada por sua Diretora Comercial, *Janete Azambuja Chaves*

DOCUMENTOS ANEXOS

São partes integrantes desse contrato e estão disponíveis no site da Soprevi: a relação de Procedimentos Odontológicos Cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica, Guia do Beneficiário, Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS). Também faz parte deste contrato a Proposta de Adesão com a qualificação da contratante.

DADOS DO PLANO

Nome comercial: Plano Familiar Soprevi Saúde Bucal

Nº de registro do plano na ANS: 489357213

Tipo de contratação: Individual / Familiar

Segmentação assistencial do plano de saúde: Odontológico

Área geográfica de abrangência do plano de saúde: Municipal

Área de atuação do plano de saúde: Porto Alegre

Formação do preço: Pré-estabelecido

Fator Moderador: Franquia nos procedimentos básicos do Rol ANS, conforme descrito no item

D. “Franquias” da ficha de adesão.

Franquia 50% (Tabela Anexa) Soprevi – em todos os procedimentos para Reabilitação Oral Unitária com Cerômero ou Metálica.

Franquia: 50% da tabela Soprevi de pagamento ao dentista em procedimentos realizados em ambiente hospitalar, conforme cláusula terceira: “Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos cobertos pelo contrato.”

As franquias são reajustadas anualmente no mês de outubro, independentemente da data do Contrato.

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

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. 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.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

- O cônjuge;
- O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- Os tutelados e os menores sob guarda;
- Até segundo grau de parentesco Sanguíneo e primeiro grau de parentesco por Afinidade.

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.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A contratada cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência, franquias 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.

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 com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro de serviços próprios ou contratados/ credenciados.

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.

ROL DE COBERTURA

Diagnóstico:

I - consulta inicial

II - exame histopatológico

Urgência/Emergência:

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 extra-oral

VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral

IX - reimplante de dente avulsionado

Radiologia:

I - radiografia periapical

II - radiografia bite-wing

III - radiografia oclusal

IV - Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)-somente para fins cirúrgicos

Prevenção em Saúde Bucal:

I - atividade educativa

II - evidencição de placa bacteriana

III - profilaxia - polimento coronário

IV - fluoroterapia

V - aplicação de selante

Dentística:

I - aplicação de carióstático

II - adequação do meio bucal

III - restauração de 1 (uma) face

IV - restauração de 2 (duas) faces

V - restauração de 3 (três) faces

VI - restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta

VII - restauração de ângulo

VIII - restauração a pino

IX - restauração de superfície radicular

X - núcleo de preenchimento

XI - ajuste oclusal

Periodontia:

I - raspagem supra-gengival e polimento coronário

II - raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal

III - imobilização dentária temporária ou permanente

IV - gengivectomia/gengivoplastia

V - aumento de coroa clínica

VI - cunha distal

VII - cirurgia periodontal a retalho

VIII - sepultamento radicular

Endodontia:

I - capeamento pulpar direto - excluindo restauração final

II - pulpotomia

III - remoção de núcleo intra-radicular/corpo estranho

IV - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto

V - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos

VI - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos

VII - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais

VIII - retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares

IX - tratamento endodôntico em dentes decíduos

X - tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta

XI - tratamento de perfuração radicular

Cirurgia:

I - alveoloplastia

II - apicectomia unirradicular

III - apicectomia birradicular

IV - apicectomia trirradicular

V - apicectomia unirradicular com obturação retrógrada

VI - apicectomia birradicular com obturação retrógrada

VII - apicectomia trirradicular com obturação retrógrada

VIII - biópsia

IX - cirurgia de tórus unilateral

X - cirurgia de tórus bilateral

XI - correção de bridas musculares

XII - excisão de mucocele

XIII - excisão de rânula

XIV - exodontia a retalho

XV - exodontia de raiz residual

XVI - exodontia simples

XVII - exodontia de dente decíduo

XVIII - redução cruenta (fratura alvéolo dentária)

XIX - redução incruenta (fratura alvéolo dentária)

XX - frenectomia labial

XXI - frenectomia lingual

XXII - remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados)

XXIII - sulcoplastia

XXIV - ulectomia

XXV - ulotomia

XXVI - hemisseção com ou sem amputação radicular

XXVII - exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila

XXVIII - punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buço - maxilo - facial

XXIX - redução de luxação de atm

XXX - tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais

XXXI - tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseo-cartilaginosos na mandíbula/maxila

XXXII - tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila

XXXIII - tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução

Prótese:

I - reabilitação com coroa total de cerômero unitária em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) – inclui peça protética

II - reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética

III - reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré fabricado - inclui peça protética

IV - reabilitação com restauração metálica fundida (rmf) unitária – inclui peça protética

V - coroa unitária provisória com ou sem pino/provisório para preparo de rmf (Restauração Metálica Fundida)

Odontopediatria:

I-Condicionamento em odontologia

II- reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato

Testes e exames de laboratórios:

I – teste de fluxo salivar.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Não estão cobertos pelo plano:

1. as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
2. 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 (mediante laudos odontológicos fornecidos por especialistas e/ou auditor odontológico).
3. as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes da execução de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
4. as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
5. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
6. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
7. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
8. os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
9. consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
10. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
11. despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
12. restaurações para fins estéticos;
13. tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;
14. atos de implante e prótese; exceto próteses previstas no Rol de Procedimentos ANS.
15. os serviços de implantação/manutenção e o fornecimento de aparelhos ortopédicos e ortodônticos removíveis; e
16. os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

Este contrato terá vigência de 12 meses, sendo seu início a partir do pagamento da primeira mensalidade e do envio correto dos documentos descritos.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Deverão ser observados os seguintes prazos de carências:

Procedimentos	Carências
Urgências ou Emergências Odontológicas	24 horas
Diagnóstico	90 dias.
Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia	90 dias.
Periodontia, Endodontia	90 dias.
Reabilitação Oral Unitária com Cerômero e Coroa Metálica	180 dias.
– Conforme Diretriz de Utilização ANS	
Demais casos – inclusive por atualização do Rol de procedimentos	180 dias.
Readesão após cancelamento para os procedimentos:	
Diagnóstico, Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia, Periodontia, Endodontia	120 dias
Reabilitação Oral Unitária com Cerômero e Coroa Metálica	180 dias.
– Conforme Diretriz de Utilização ANS	

O pagamento antecipado de contraprestações, não elimina ou reduz os prazos de carências, exceto quitação anual antecipada.

As carências explicitadas nesta Cláusula serão contadas a partir da data do primeiro pagamento e da entrega correta dos documentos solicitados.

CLÁUSULA SÉTIMA – 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.

CLÁUSULA OITAVA - 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 e admissível somente nos limites das obrigações contratuais da operadora.

1. Os *Usuários* terão direito ao reembolso das despesas, em casos de urgência ou emergência, quando comprovadamente não for possível a utilização da *Rede Credenciada*.

2. O valor do reembolso corresponderá ao custo do procedimento de acordo com o valor da *Tabela praticada na Soprevi para pagamento da Rede Credenciada*.

3. O reembolso será pago no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de entrega da documentação exigida.

4. O *Titular*, ao requerer o reembolso, deverá apresentar original do recibo individualizado por procedimento, nota fiscal e receituário com a especificação do procedimento executado, com a assinatura do(a) odontólogo, seu número de registro profissional (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da Fazenda(CPF/MF), carimbo e justificativa da urgência na realização do procedimento; se o documento não especificar o procedimento, o requerimento deverá ser apresentado com laudo assinado pelo profissional.

5. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a OPERADORA poderá pedir informações complementares. O *Titular*, nessa hipótese, terá um novo prazo de 30 (trinta) dias para cumprir as solicitações. Uma vez cumpridas as novas solicitações, com a entrega da documentação remanescente, o prazo para reembolso referido na Cláusula começará a correr.

6. O prazo de prescrição para o *Usuário* apresentar a documentação exigida para o reembolso das despesas, em casos de urgência ou emergência é de 01 (um) ano (Código Civil de 2002) contado da data do procedimento.

CLÁUSULA NONA– MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede Credenciada, o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação Virtual da CONTRATADA com um documento de identidade com foto.

2. A carteira “*Soprevi Saúde Bucal*” é virtual, e está disponível para acesso através do site <https://www.soprevi.com.br>, após o decurso de eventual prazo de *Carência*. Passo a passo para carteira virtual:

Home (www.soprevi.com.br) - portal restrito (cliente e empresa) - primeiro acesso - dados cadastrais - opção carteirinha ou pelo aplicativo.

3. 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.

4. Os exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

5. A solicitação de Autorização Prévia, quando houver, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos será encaminhado pelo próprio Dentista à CONTRATADA, via e-mail.

6. 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.

7. Cada uma das partes pagará os honorários do odontólogo que nomear, exceto se o odontólogo 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.

8. 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.

9. 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.

10. Os valores referentes à Franquia/Coparticipação por procedimento na utilização dos serviços da rede credenciada estão descritos conforme na tabela em anexo.

11. Da divulgação da rede

a) O Guia do Beneficiário editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas, com os respectivos endereços estará disponível no site da operadora (www.soprevi.com.br).

b) A CONTRATADA poderá, em qualquer momento e sob seu critério exclusivo, alterar por quaisquer motivos a relação dos cirurgiões-dentistas credenciados mantendo atualizado no site.

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida neste contrato.

Os pagamentos deverão ser feitos conforme o item F. (formas de pagamento) do documento de adesão.

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

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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – 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 positiva do Índice IGPM. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

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

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

2. 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 60% (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.

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

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

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

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

3. A tabela de Coparticipação/Franquia terá reajuste independente de aniversário do contrato ou data de inclusão de dependente por tratar-se de uma Tabela Padrão de Referência para todos os Credenciados Soprevi Saúde Bucal. Seu reajuste é anual no mês de outubro de acordo com a variação positiva do índice IGPM dos últimos 12 (doze) meses consecutivos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em relação à idade dos usuários.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

É compromisso do titular o envio correto e legível de seus documentos e seus dependentes no prazo de 2 (dois) dias. Documentos solicitados: RG, CPF, endereço, certidão de nascimento dos filhos e certidão de casamento/união estável para comprovação de vínculo.

O plano só está efetivado após pagamento, envio e verificação dos documentos. Incongruência ou ausência de documentação cancela a compra em 7 (sete) dias.

Após o pagamento, o aceite do titular e entrega dos documentos, o contrato com assinatura digital da Soprevi estará disponível para impressão na plataforma.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. O beneficiário dependente será excluído do plano odontológico nos casos de:

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

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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO

Durante o período de vigência deste contrato o mesmo não poderá ser rescindido unilateralmente, salvo nas seguintes hipóteses: (Art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998)

- a) a pedido do CONTRATANTE;
- b) fraude comprovada;

c) o não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Sendo permitida legalmente a redução do período de inadimplência (60 dias) para efeito de suspensão, este contrato se adaptará as novas condições.

Na hipótese de o CONTRATANTE solicitar a rescisão contratual nos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrada pela CONTRATADA uma multa correspondente a 20% (vinte por cento) do somatório das mensalidades vincendas ao final dos primeiros 12 (doze) meses, a título de perdas e danos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este Contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante. O Cartão de Identificação Virtual o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC). Disponíveis no Site Soprevi (www.soprevi.com.br).

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

Fica garantido a CONTRATANTE o direito de arrependimento, por escrito, nos 7 (sete) dias seguintes ao da contratação. Neste caso serão devolvidos os valores pagos, abatidos de eventual utilização dos procedimentos cobertos nos valores descritos neste contrato e/ou na tabela referência.

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 VIRTUAL: 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.

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.

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.

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.

CLAUSULA DÉCIMA SÉTIMA - ELEIÇÃO DE FORO

Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

E, por estarem assim justos e contratados, elegem o FORO da comarca do CONTRATANTE para resolver questões oriundas do presente contrato e firmam o presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito.

Contratada: SOPREVI – SERVIÇO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO INTEGRADO LTDA.