



Operadora: Hapvida Assistência Médica S.A.
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)
0800 015 3855 (outras localidades)

Guia de Leitura Contratual

*Página do
contrato*

<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Pág. 3
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	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. 4
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Pág. 4
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA</i>	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. 4
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	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.	Pág. 4
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	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. 9
<i>CARÊNCIAS</i>	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. 9
	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 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.	Pág. 9

<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	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. Define o período em que vigorará o contrato.	Pág. 10
<i>VIGÊNCIA</i>		Pág. 9
<i>RESCISÃO/SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Pág. 10
<i>REAJUSTE</i>	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. 10
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)</i>	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

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800 701 9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

CONDIÇÕES DO PRODUTO DE ASSISTÊNCIA À ODONTOLOGIA

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:	INDISPONÍVEL
Formatação de preço:	PRÉ - ESTABELECIDO
Fator moderador:	NÃO
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:	

1. DAS PARTES

1.1. De um lado, o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, devidamente qualificado acima ou no **Extrato de Contratação Digital/Proposta de Adesão**, documentos estes que integram e compõe o **CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL OU FAMILIAR (“CONTRATO”)**, e, de outro lado, a **CONTRATADA**, também acima qualificada, pelo presente instrumento, doravante denominado de **Condições do Produto**, e, na melhor forma de direito, têm entre si, justo e livremente contratado, o que se apresenta nas cláusulas a seguir, sem prejuízo do quanto previsto nas **Condições Gerais**.

2. DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

2.1. Estas **Condições do Produto** regulam o plano de assistência à odontologia **+ODONTO PREMIUM FREE TOTAL INDIVIDUAL**, produto registrado na ANS sob o nº **491390226**, de contratação **INDIVIDUAL OU FAMILIAR** e segmentação exclusivamente **ODONTOLÓGICA**, daqui em diante denominado simplesmente de **PLANO**.

2.2. Todas as coberturas contratadas serão garantidas preferencialmente por meio da rede informada pela **CONTRATADA**, no Manual de Orientação do Beneficiário e no Portal **CONTRATADA**. Os **Beneficiários** vinculados ao presente **CONTRATO** terão direito à livre escolha de profissional ou prestador pertencente à rede assistencial de outros planos da **CONTRATADA**, que não daquele que contratou.

3. DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

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

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

4. DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

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

5. DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

5.1. São considerados **Beneficiários** do **PLANO**, o(s) **Beneficiário(s) Titular(es)** e/ou o(s) **Beneficiário(s) Dependente(s)**.

5.2. As definições e todas as diretrizes de admissão dos **Beneficiários** estão previstas nas **Condições Gerais** do **CONTRATO**.

6. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1. 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.

6.2. 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 e CIRURGIA, 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:

- 6.2.1. Consulta odontológica
- 6.2.2. Consulta Odontológica Inicial
- 6.2.3. Consulta Odontológica para Avaliação Técnica de Auditoria
- 6.2.4. Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
- 6.2.5. Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
- 6.2.6. Diagnóstico e tratamento de xerostomia
- 6.2.7. Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- 6.2.8. Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-Maxilo-Facial
- 6.2.9. Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-Maxilo-Facial
- 6.2.10. Diagnóstico e tratamento de halitose
- 6.2.11. Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
- 6.2.12. Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em Odontologia
- 6.2.13. Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais
- 6.2.14. Diagnóstico anatomo-patológico de material de biópsia na região buco maxilo facial
- 6.2.15. Consulta odontológica de Urgência
- 6.2.16. Consulta odontológica de Urgência 24 hs
- 6.2.17. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- 6.2.18. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- 6.2.19. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- 6.2.20. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- 6.2.21. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
- 6.2.22. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
- 6.2.23. Redução simples de luxação de Articulação Têmpero-mandibular (ATM)
- 6.2.24. Reimplante dentário com contenção
- 6.2.25. Remoção de dreno extra-oral
- 6.2.26. Remoção de dreno intra-oral
- 6.2.27. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
- 6.2.28. Tratamento de alveolite
- 6.2.29. Colagem de fragmentos dentários
- 6.2.30. Pulpectomia
- 6.2.31. Restauração temporária / tratamento expectante
- 6.2.32. Tratamento de pericoronarite
- 6.2.33. Recimentação de trabalhos protéticos
- 6.2.34. Radiografia periapical
- 6.2.35. Radiografia interproximal - bite-wing
- 6.2.36. Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
- 6.2.37. Radiografia oclusal
- 6.2.38. Teste de fluxo salivar
- 6.2.39. Teste de ph salivar

- 6.2.40. Profilaxia - Polimento coronário orienta higiene bucal controle placa, aplicação de flúor**
- 6.2.41. Aplicação tópica de flúor**
- 6.2.42. Atividade educativa em saúde bucal**
- 6.2.43. Controle de biofilme (placa bacteriana)**
- 6.2.44. Raspagem supra gengival**
- 6.2.45. Aplicação tópica de verniz fluoretado**
- 6.2.46. Remoção dos Fatores de Retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)**
- 6.2.47. Atividade educativa para pais e/ou cuidadores**
- 6.2.48. Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais**
- 6.2.49. Controle de cárie incipiente**
- 6.2.50. Aplicação de selante de fóssulas e fissuras**
- 6.2.51. Restauração a traumática em dente permanente**
- 6.3.52. Aplicação de cariostático**
- 6.2.53. Adequação do meio bucal**
- 6.2.54. Imobilização dentária em dentes decíduos**
- 6.2.55. Coroa de aço em dente decíduo**
- 6.2.56. Coroa de acetato em dente permanente**
- 6.2.57. Coroa de policarbonato em dente decíduo**
- 6.2.58. Coroa de Acetato em Dente Decíduo**
- 6.2.59. Pulpotomia em dente decíduo**
- 6.2.60. Tratamento endodôntico em dente decíduo**
- 6.2.61. Condicionamento em odontologia**
- 6.2.62. Condicionamento em odontologia em paciente especial**
- 6.2.63. Aplicação de selante - técnica invasiva**
- 6.2.64. Restauração Atraumática em Dente Decíduo**
- 6.2.65. Exodontia simples de decíduo**
- 6.2.66. Ajuste oclusal por acréscimo**
- 6.2.67. Restauração de amálgama 1 face**
- 6.2.68. Restauração de amálgama 2 faces**
- 6.2.69. Restauração de amálgama 3 faces**
- 6.2.70. Restauração de amálgama 4 faces**
- 6.2.71. Restauração em ionômero de vidro 1 face**
- 6.2.72. Restauração em ionômero de vidro 2 faces**
- 6.2.73. Restauração em ionômero de vidro 3 faces**
- 6.2.74. Restauração em ionômero de vidro 4 faces**
- 6.2.75. Núcleo de preenchimento**
- 6.2.76. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face**
- 6.2.77. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces**
- 6.2.78. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces**
- 6.2.79. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces**
- 6.2.80. Remineralização**
- 6.2.81. Dessensibilização dentária**
- 6.2.82. Faceta direta em resina fotopolimerizável**
- 6.2.83. Ajuste oclusal por desgaste seletivo**
- 6.2.84. Raspagem sub gengival/ alisamento radicular**
- 6.2.85. Imobilização dentária em dentes permanentes**
- 6.2.86. Gengivectomia**
- 6.2.87. Tunelização**

- 6.2.88. Aumento de coroa clínica
- 6.2.89. Tratamento de gengivite necrosante aguda-GNA
- 6.2.90. Gengivoplastia
- 6.2.91. Odontosecção
- 6.2.92. Cirurgia periodontal a retalho
- 6.2.93. Cunha proximal
- 6.2.94. Enxerto gengival livre
- 6.2.95. Cirurgia odontológica a retalho
- 6.2.96. Enxerto pediculado
- 6.2.97. Exodontia simples de permanente
- 6.2.98. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
- 6.2.99. Exodontia de raiz residual
- 6.2.100. Exodontia a retalho
- 6.2.101. Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- 6.2.102. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
- 6.2.103. Frenectomia labial
- 6.2.104. Frenectomia lingual
- 6.2.105. Remoção de dentes semi-inclusos/impactados
- 6.2.106. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
- 6.2.107. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- 6.2.108. Tratamento cirúrgico de tumores odontogenicos benignos- sem reconstrução
- 6.2.109. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- 6.2.110. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
- 6.2.111. Exérese de pequenos cistos de mandibula/maxila
- 6.2.112. Tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais
- 6.2.113. Tratamento cirúrgico de fistulas buco-sinusal
- 6.2.114. Remoção de dentes inclusos / impactados
- 6.2.115. Aprofundamento/aumento de vestíbulo
- 6.2.116. Ulotomia
- 6.2.117. Ulectomia
- 6.2.118. Alveoloplastia
- 6.2.119. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
- 6.2.120. Apicetomia birradicular com obturação retrógrada
- 6.2.121. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
- 6.2.122. Apicectomia multiradiculares com obturação retrógrada
- 6.2.123. Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada
- 6.2.124. Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada
- 6.2.125. Biópsia de boca
- 6.2.126. Cirurgia para tórus mandibular unilateral
- 6.2.127. Cirurgia para tórus mandibular bilateral
- 6.2.128. Cirurgia para tórus palatino
- 6.2.129. Bridectomia
- 6.2.130. Exérese ou excisão de mucocele
- 6.2.131. Excisão rânula
- 6.2.132. Biópsia de lábio
- 6.2.133. Biópsia de língua
- 6.2.134. Biópsia de mandíbula

- 6.2.135. Biópsia de maxila
- 6.2.136. Biópsia de glândula salivar
- 6.2.137. Amputação radicular sem obturação retrógrada
- 6.2.138. Bridotomia
- 6.2.139. Frenulotomia Labial
- 6.2.140. Frenulotomia Lingual
- 6.2.141. Remoção de dreno extra-oral
- 6.2.142. Controle pós-operatório em odontologia
- 6.2.143. Reconstrução de sulco gengivo-labial
- 6.2.144. Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM
- 6.2.145. Remoção de dreno intra-oral
- 6.2.146. Cirurgia para Exostose Maxilar
- 6.2.147. Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- 6.2.148. Remoção de odontoma
- 6.2.149. Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- 6.2.150. Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- 6.2.151. Tratamento Cirúrgico de Bridas constritivas da Região buco-maxilo-facial
- 6.2.152. Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
- 6.2.153. Tratamento endodôntico unirradicular
- 6.2.154. Tratamento endodôntico birradicular
- 6.2.155. Tratamento endodôntico multirradicular
- 6.2.156. Retratamento endodôntico unirradicular
- 6.2.157. Retratamento endodôntico birradicular
- 6.2.158. Retratamento endodôntico multirradicular
- 6.2.159. Tratamento de perfuração endodôntica
- 6.2.160. Pulpotomia em dente permanente
- 6.2.161. Remoção de núcleo intrarradicular
- 6.2.162. Curativo de demora em endodontia
- 6.2.163. Capeamento pulpar direto
- 6.2.164. Preparo para núcleo intrarradicular
- 6.2.165. Remoção de material obturador intracanal para Retratamento endodôntico
- 6.2.166. Remoção de Corpo Estranho Intracanal
- 6.2.167. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
- 6.2.168. Restauração metálica fundida
- 6.2.169. Núcleo metálico fundido
- 6.2.170. Pino/Núcleo pré fabricado
- 6.2.171. Coroa provisória sem pino
- 6.2.172. Coroa provisória com pino
- 6.2.173. Remoção de peça/trabalho protético
- 6.2.174. Coroa total metálica
- 6.2.175. Coroa total em cerômero
- 6.2.176. Reembasamento de coroa provisória
- 6.2.177 Provisório para Restauração metálica fundida
- 6.2.178. Coroa de aço em dente permanente
- 6.2.179. Coroa de policarbonato em dente permanente
- 6.2.180. Coroa total acrílica prensada
- 6.2.181. Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)

7. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1. 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.

8. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

8.1. As **Condições do Produto** vigorarão pelo mesmo prazo previsto no **Extrato de Contratação Digital/Proposta de Adesão** ou nas **Condições Gerais**.

9. DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

9.1. Em conformidade com a regulamentação vigente da ANS, 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 de ingresso de cada **Beneficiário** na contratação, aos prazos de carência estabelecidos nas **Condições Gerais**, para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, e de acordo com as segmentações contratadas.

10. DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

10.1. Não há cláusula para Doença ou Lesão Preexistente.

11. ATENDIMENTO POR MEIO DE LIVRE ESCOLHA

11.1. O **Beneficiário** poderá escolher o prestador não Credenciado ou que atenda outro produto da **CONTRATADA** e requerer o reembolso de procedimentos cobertos de acordo com as condições previstas nas **Condições Gerais**, sempre nos limites das obrigações da **Tabela de Reembolso**.

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

12. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

12.1. Os mecanismos de regulação dos serviços e financeiros seguirão as diretrizes estabelecidas nas **Condições Gerais**.

12.2. O referido **PLANO** não possui fator moderador.

13. DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

13.1. O regime de pagamento é o pré-estabelecido e o valor da remuneração deverá ser pago pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** conforme vencimento, tudo determinado no **Extrato de Contratação Digital/Proposta de Adesão**.

14. DO REAJUSTE ANUAL

14.1. As regras referentes ao reajuste anual seguirão as diretrizes estabelecidas nas **Condições Gerais**.

15. DO REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

15.1. Não haverá reajuste por mudança de faixa etária.

16. DA RESCISÃO

16.1. A rescisão reger-se-á pelas condições e regras estabelecidas nas **Condições Gerais**.

Loca e data conforme **Condições Gerais**.

BENEFICIÁRIO

_____, ____ / ____ / ____ Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____ / ____ / ____ Local Data

Nome: _____

CPF: _____._____._____-_____

Assinatura: _____