

CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

(versão 11.2025.001)

1. QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Pelo presente **CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL OU FAMILIAR**, daqui por diante chamado de **INSTRUMENTO** ou **CONTRATO**, de um lado a **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, com sede na Avenida Heráclito Graça, nº 406, Centro, Fortaleza - Ceará, inscrita no CNPJ sob o nº. 63.554.067/0001-98, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. 36.825-3, classificada como medicina de grupo, neste ato, representada por seus diretores, aqui denominada **CONTRATADA** e, de outro lado, o **PROPONENTE TITULAR**, devidamente qualificado no **Extrato de Contratação Digital** ou na **Proposta de Adesão**, parte integrante do presente **CONTRATO** que, após assinado(a), comprova o conhecimento e o recebimento destas condições gerais, denominado **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

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

2. NATUREZA E OBJETO DO CONTRATO

2.1. A **CONTRATADA** opera Planos Privados de Assistência Odontológica - nos termos do inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998 e obriga-se à cobertura dos custos de assistência odontológica de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - OMS, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, aos **Beneficiários** regularmente cadastrados nos termos do presente **CONTRATO**.

2.2. O presente **CONTRATO** se reveste 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 9.656/1998 e legislação específica complementar ou outra que vier a sucedê-la e, subsidiariamente, às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

2.3. O presente **CONTRATO** tem por objeto a prestação continuada de serviços de saúde na segmentação exclusivamente odontológica, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, visando à cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

3. PLANOS CONTRATADOS

3.1. Todas as características e condições específicas do(s) plano(s) de assistência odontológica

contratado(s), tais como abrangência geográfica, área de atuação, segmentação(ões) assistencial(is), padrão de acomodação e outras, constam discriminadas nas **Condições do(s) Produto(s)** que integram o **CONTRATO**.

3.2. A cobertura dos custos de assistência à saúde estará limitada às características do(s) produto(s) contratado(s) e que compõem no seu conjunto os direitos aos quais o **Beneficiário** faz jus em cada um dos produtos onde vier a ser regularmente cadastrado junto à **CONTRATADA**, segundo as condições abaixo descritas:

- a)** de acordo com a segmentação assistencial e com os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, para a(s) segmentação(ões) que compõe(m) cada produto contratado;
- b)** de acordo com a abrangência geográfica/área de atuação de cada produto, que delimitam o(s) Estado(s) e/ou Município(s) onde será garantido o atendimento;
- c)** de acordo com as demais características individuais de cada produto contratado, incluindo o padrão de acomodação (caso existente no produto), o público alvo (ativos/inativos), a previsão ou não de mecanismos de regulação financeira, entre outras.

3.3. Ressalvados os parâmetros e limites acima expostos, os **Beneficiários** terão direito à assistência odontológica das afecções à saúde em todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - OMS, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época da solicitação de cobertura do evento.

3.4. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado e revisado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, será considerado, para fins da presente contratação, como taxativo e não meramente exemplificativo, não se admitindo, assim, a solicitação, pelos **Beneficiários**, de procedimentos não especificados na versão vigente do rol, para a(s) segmentação(ões) do produto ao qual estão registrados/vinculados.

3.5. As coberturas previstas para o(s) produto(s) contratado(s) serão garantidas exclusivamente por meio da rede informada pela **CONTRATADA** no Manual de Orientação do Beneficiário e no Portal da **CONTRATADA**, de acordo com o(s) plano(s) contratado(s).

4. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

4.1. São considerados **Beneficiários** das coberturas do Plano de Assistência a Saúde, objeto deste **CONTRATO**, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e/ou o(s) **Beneficiário(s) Dependente(s)**.

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

4.3. É considerado **Beneficiário Dependente** o grupo familiar incluído pelo **CONTRATANTE** no

mesmo **Extrato de Contratação Digital** ou na **Proposta de Adesão**.

4.4. O **Beneficiário 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 à **CONTRATADA**, submetendo-se ao **CUMPRIMENTO INTEGRAL** das carências e exclusões previstas no plano.

4.5. Fica assegurada a inclusão do filho adotivo, sob guarda ou tutela, menor de 12 (doze) anos de idade, se inscrito até 30 (trinta) dias após a concessão da adoção, guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência, se aplicáveis, já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** adotante ou responsável legal.

4.6. Comprovação de Elegibilidade

4.6.1. A **CONTRATADA** exigirá do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, no momento da inclusão, documentação comprobatória, conforme a seguir:

- a)** **Beneficiário** com idade superior a 18 (dezoito) anos: cópia do documento de identidade oficial com foto e cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- b)** **Beneficiário** com idade inferior a 18 (dezoito) anos: somente poderão ser **Beneficiários** do presente **CONTRATO** quando tiverem um responsável maior de idade, como Responsável Financeiro;
- c)** Documento comprobatório de todas as informações exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme legislação vigente.

4.6.2. Além dos documentos acima descritos, para inclusão dos **Beneficiários Dependentes** será exigida apresentação de documentação conforme vínculo:

- a)** Cônjugue: Certidão de Casamento;
- b)** Companheiro(a): i) Escritura Pública de Declaração de União Estável emitida por Cartório de Títulos e Documentos, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência; ou ii) Declaração Padrão fornecida pela **CONTRATADA**, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas; ou iii) Certidão de Nascimento de Filho em comum; ou iv) Designação em Carteira Profissional.
- c)** Filho(a): Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção;
- d)** Tutelado(a) e menor sob guarda: Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de Tutela ou Guarda;
- e)** Enteado(a): Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do casamento ou com os documentos obrigatórios para comprovação do vínculo de companheiro(a) elencados neste **CONTRATO**.

4.6.3. O **Beneficiário** ou seu Representante Legal ou Financeiro assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas, incluindo as exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.6.4. Nas hipóteses de incapacidade civil, para contratação será exigida a representação legal por uma pessoa física maior de idade ou emancipada, que assumirá responsabilidade pelas informações prestadas e pelas obrigações financeiras decorrentes do presente **CONTRATO**.

5. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O presente **CONTRATO** garante aos **Beneficiários** as coberturas previstas na Lei nº 9.656/98 e sua legislação complementar de acordo com a segmentação, abrangência geográfica, acomodação e rede assistencial específicos do plano em que forem devidamente cadastrados, observados as respectivas **Condições do(s) Produto(s)**, parte integrante e indissolúvel do **CONTRATO**, devidamente relacionadas às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde – OMS, no que se refere à saúde bucal.

O direito às coberturas existirá, uma vez cumpridos os períodos de carência ou Cobertura Parcial Temporária - CPT à que os **Beneficiários** estejam sujeitos, bem como respeitadas as exclusões de cobertura previstas nas **Condições do(s) Produto(s)** e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS.

Nas **Condições do(s) Produto(s)**, que individualiza cada plano contratado, que fazem parte da documentação anexa ao presente **CONTRATO**, estão detalhados os procedimentos cobertos, suas exclusões, bem como suas demais particularidades.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e revisado com a frequência definida por este órgão regulador, traz a relação de todos os procedimentos com cobertura garantida pelos planos contratados, com indicação inclusive das diferentes segmentações (ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica) a que cada procedimento pertence, não deixando assim margem para qualquer dúvida. O Rol de Procedimentos em saúde vigente à época da solicitação do evento pode ser encontrado no site da ANS.

O atendimento, dentro da segmentação de cada plano, da área de abrangência e da área de atuação estabelecidas, está assegurado independentemente do local de origem do evento. Ou seja, desde que o **Beneficiário** solicite a realização do procedimento nos municípios onde tem efetivamente assistência.

As coberturas previstas para os produtos elencados serão garantidas exclusivamente por meio da rede informada pela **CONTRATADA**, no Manual de Orientação do Beneficiário e no seu site. Excetuando-se os planos registrados com livre escolha de prestadores na ANS, os **Beneficiários** cadastrados nos planos contratados no presente **CONTRATO**, não terão direito à livre escolha de

profissional ou mesmo de prestador pertencente à rede assistencial de outros planos da **CONTRATADA**, que não daquele ao qual estiver devidamente cadastrado.

A **CONTRATADA** garantirá a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

6. EXCLUSÕES DE COBERTURA

A **CONTRATADA** está **TOTALMENTE EXIMIDA** de oferecer qualquer cobertura que não esteja prevista na cláusula 5 do presente **CONTRATO** ou em qualquer situação em que a segmentação, abrangência geográfica, acomodação e redes assistenciais de acordo com o plano em que os **Beneficiários** estejam devidamente cadastrados e que se encontram elencados nos produtos contratados, não sejam estritamente observados.

A **CONTRATADA**, da mesma forma, exime-se da cobertura caso os períodos de carência para o procedimento solicitado ou cobertura parcial temporária (CPT), quando seja o caso, à que os **Beneficiários** estejam sujeitos, não tenham sido cumpridos.

Também não serão cobertos os procedimentos solicitados em desacordo com as normas de atendimento da **CONTRATADA** e que desrespeitem as orientações dadas aos **Beneficiários**, os prazos previstos e a necessidade de autorização prévia por parte da **CONTRATADA**.

Nas **Condições do(s) Produto(s)**, que individualizam cada produto contratado, que fazem parte da documentação anexa ao presente **CONTRATO**, estão detalhadas todas as exclusões contratuais de cobertura dos procedimentos, bem como suas demais particularidades, sem prejuízo das seguintes exclusões:

- 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.

7. DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1. O presente **CONTRATO** vigorará pelo prazo de um ano, a partir da sua assinatura ou 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.

8. PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1. 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 da assinatura do **CONTRATO** ou 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 contratada:

24 (VINTE E QUATRO) HORAS	Para os casos de Urgência/Emergência;
60 (SESSENTA) DIAS	Para Diagnóstico, Radiologia, 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.

Na hipótese da contratação ocorrer por intermédio de corretor credenciado pela **CONTRATADA**, os prazos de carência serão os seguintes:

24 (VINTE E QUATRO) HORAS	Para os casos de Urgência/Emergência, Diagnóstico, Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Endodontia, Periodontia e Cirurgia Bucal;
180 (CENTO E OITENTA) DIAS	Para os demais procedimentos odontológicos.

8.2. O **Beneficiário** está ciente de que, ainda que tenha cumprido todos os prazos de carência acima estipulados ou tenha sido dispensado, no todo ou em parte, do cumprimento destes pela **CONTRATADA**, caso mude para outro plano da **CONTRATADA**, COM COBERTURAS IDÊNTICAS às do

plano anterior, em que for garantido o acesso a profissionais, entidades ou prestadores de serviços de saúde não constantes no plano anterior ou, ainda, para um plano com padrão de acomodação, estará sujeito ao cumprimento do prazo de **carência de 180 (cento e oitenta) dias para todo e qualquer procedimento**, apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde ou ao padrão de acomodação acrescidos, com exceção dos casos previstos na legislação vigente.

8.2.1. Caso opte por mudar para outro plano da **CONTRATADA**, COM COBERTURAS OU SEGMENTAÇÕES ASSISTENCIAIS não previstas no plano anterior, o **Beneficiário estará sujeito ao cumprimento integral dos períodos de carência estabelecidos para os procedimentos inerentes às novas segmentações contratadas**.

8.3. A descrição, diferenciação e/ou quaisquer dúvidas conceituais, tais como exames simples, complexos e/ou de alto custo, constarão na Tabela Referência de Procedimentos e Coparticipação que estará disponível para consulta no site da **CONTRATADA**.

9. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

9.1. Não há cobertura ainda que parcial em razão de lesão ou doença preexistente.

10. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura dos atendimentos nos casos de urgência e emergência, com os seguintes procedimentos:

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

10.1.1. Além destes, também deverão ser cobertos os procedimentos que a lei assim definir como

de urgência/emergência para a segmentação odontológica.

10.2. Cobertura de remoção

A CONTRATADA não se responsabilizará, em nenhuma hipótese, por despesas com qualquer tipo de REMOÇÃO dos **Beneficiários** vinculados ao produto da segmentação odontológica, ainda que solicitada por odontólogo assistente, por não haver cobertura na segmentação odontológica, de acordo com o ROL da ANS

11. GARANTIA DE TRANSPORTE

11.1. A **CONTRATADA** garantirá o transporte para a realização dos serviços e procedimentos necessários, nas situações de:

- a)** Indisponibilidade de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado e nos municípios limítrofes, igualmente pertencentes concomitantemente à região de saúde à qual faz parte o município, área de atuação contratada e área de abrangência geográfica do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado.
- b)** Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, na área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado, e não for garantido atendimento em: a) prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou b) prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.
- c)** Indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado e nos municípios limítrofes desde que pertencentes à área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.
- d)** Inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado, nos municípios limítrofes e na região de saúde, desde que pertencentes à área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.

11.2. A garantia de transporte acima descrita está limitada unicamente às situações previstas nos itens anteriores.

11.3. A garantia de transporte se encontra obrigatoriamente vinculada à prévia, expressa e formal comunicação por parte do **Beneficiário** à **CONTRATADA**, por meio de um dos seus canais de atendimento disponíveis, com antecedência razoável para que a ela possa orientar os procedimentos a serem adotados na ocorrência desta situação, e ao mesmo tempo cumprir os prazos determinados para a realização do atendimento.

11.4. A modalidade de transporte a ser garantida fica a critério da **CONTRATADA**, e não serão aceitas solicitações de reembolso de qualquer natureza que evidenciem o descumprimento do que está avençado no item acima.

11.5. A modalidade de transporte garantida pela **CONTRATADA** será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do **Beneficiário**, devidamente atestados pela própria **CONTRATADA** no momento da demanda ou pelo médico assistente do **Beneficiário**.

11.6. Em todas as situações previstas contratualmente para esta garantia, a **CONTRATADA**, ao seu critério, proverá os meios necessários para o referido transporte, obedecendo os seguintes critérios:

- a)** O transporte médico especializado, através de veículos equipados com esta finalidade e/ou com necessidade de acompanhamento de profissional da área de saúde, só será disponibilizado mediante a apresentação de relatório médico original que o indique formalmente e que deverá ser encaminhado e analisado pela área médica da **CONTRATADA**.
- b)** A garantia de transporte é extensiva exclusivamente aos acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica, de acordo com as diretrizes dos procedimentos para os quais a necessidade/garantia destes acompanhantes se encontrem indicadas.
- c)** Tais diretrizes encontram-se no Rol de Procedimentos de Saúde e nas Resoluções Normativas, ambos da ANS, que versam sobre este assunto. Para os beneficiários incapazes ou com limitação física, será necessária a apresentação de documento original contendo justificativa médica condizente para que haja a liberação do transporte do acompanhante.

12. REEMBOLSO

12.1. Nos casos de urgência ou emergência comprovada dentro do território nacional, quando não for possível a utilização da rede credenciada, bem como nos casos de os planos contratados estarem registrados juntos à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na modalidade de livre escolha de prestadores, fica garantido aos **Beneficiários** o reembolso, nos limites do plano odontológico dos procedimentos cobertos, observados as seguintes normas:

- a) Os **Beneficiários** sem produto “livre escolha”, antes da realização de procedimentos, deverão contatar a operadora por intermédio do canal de SAC, para que seu caso seja analisado e possa receber as devidas orientações.
- b) Os **Beneficiários** com produto “livre escolha” podem acessar diretamente o portal e realizar a sua solicitação de reembolso, não havendo necessidade de contato prévio com a operadora.
- c) Em todos os casos, deverão preencher o formulário “Solicitação de Reembolso”, com todos os dados cadastrais do paciente, referentes à sua identificação;
- d) Enviar foto do cartão bancário (Frente e verso) ou algum comprovante que contenha: Nome completo, banco, agência e conta.
- e) Enviar cópias dos seguintes documentos: RG/CNH E CPF do **Beneficiário** que realizou o procedimento, como também do titular da conta corrente.
- f) Informar um e-mail do **Beneficiário** para cadastro em sistema.
- g) Todos os recibos ou relatórios deverão ser emitidos em nome do **Beneficiário** atendido, discriminando os atendimentos por itens e relacionando o custo, de forma individualizada, cada tipo

ou item de atendimento prestado;

h) Deverão ser especificados: local, data e horário do atendimento;

i) Preenchimento de relatório odontológico, em formulário personalizado do dentista, com os dados de identificação do profissional (nome, CRO, CPF e endereço) e contendo a descrição com justificativa de todos os procedimentos efetuados;

j) Anexar nota fiscal ou recibo.

k) Nos casos de endodontia, cirurgia, prótese, devem ser anexadas radiografias, iniciais de diagnóstico e finais de controle de qualidade dos serviços prestados. Radiografia panorâmica, documentação ortodôntica, deve ser anexada a imagem deles.

12.2. À exceção das situações previstas no art. 12, inciso VI, da Lei Nº 9.656/98 e na RN nº 566/2022 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 **CONTRATADA**.

12.3. O **Beneficiário** terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo, para tanto, apresentar a documentação exigida, original ou em fotocópia autenticada.

12.4. O **Beneficiário** 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.

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

12.6. Os **Beneficiários** terão direito ao reembolso das despesas relacionadas nos casos de urgência ou emergência comprovadas, dentro da abrangência geográfica, área de atuação e condições do plano contratado, nos termos e limites da legislação e regulamentação vigente, quando não for possível a utilização dos serviços da rede assistencial da **CONTRATADA**, bem como nos casos de os planos contratados estarem registrados juntos à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na modalidade de livre escolha de prestadores, tendo como limite financeiro de reembolso os múltiplos estabelecidos na **TABELA DE REEMBOLSO**, observadas a fórmula de cálculo e documentação obrigatória previstas neste **CONTRATO**.

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS	
TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO	MÚLTIPLOS

COBERTURAS ODONTOLÓGICAS	Para todos e quaisquer procedimentos cobertos	1 x Tabela
-------------------------------------	---	------------

12.7. As despesas odontológicas pagas diretamente pelo **Beneficiário, Titular ou Dependente**, com os serviços de assistência à saúde cobertos por este **CONTRATO**, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta odontológica, com base na Tabela de Procedimentos Odontológicos da **CONTRATADA**, cujo valor não será inferior ao da Tabela praticada pela **CONTRATADA** junto à rede prestadora e até o limite do valor das notas apresentadas pelo **Beneficiário**.

12.8. A Tabela de Procedimentos Odontológicos da **CONTRATADA** estará disponível para consulta dos **Beneficiários** na sua sede e no portal da **CONTRATADA**, o qual informará ainda o Cartório de Registro de Títulos e Documentos onde se encontra registrada. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos referentes a esta tabela, o beneficiário poderá contar a Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

12.9. Quando as despesas decorrentes dos atendimentos odontológicos, prestados ao **Beneficiário Titular ou Dependente** com serviço de assistência à saúde coberta pelo **CONTRATO**, vierem a ser faturadas diretamente pelo prestador a **CONTRATADA**, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da Tabela de Procedimentos Odontológicos será faturada para a **CONTRATANTE**, no mês subsequente, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

12.10. Para efeito do cálculo dos valores de reembolso, a **US – UNIDADE DE SERVIÇO** tem seu valor fixado inicialmente em R\$ 1,00 (um real).

12.11. O cálculo do reembolso, em reais, será apurado através da seguinte fórmula:

$$\text{REEMBOLSO} = \text{Nº de US} \times \text{Valor US} \times \text{Múltiplo do Plano} + \text{UCO} \text{ (quando aplicável)}$$

Onde:

Nº de US (UNIDADE DE SERVIÇO): é o quantitativo apresentado na Tabela de Reembolso para o respectivo procedimento.

Valor da US: é o valor em reais para o cálculo do valor devido como reembolso.

Múltiplo do Plano: é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre o Nº de US, indicará o valor de reembolso.

UCO (Unidade de Custo Operacional): é o valor em reais a ser incluído ao cálculo do reembolso dos exames, terapias e procedimentos.

Exemplos:

a) Consulta odontológica – Quantidade de US, conforme Tabela de Reembolso – 7,50.

Valor em moeda corrente da US R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Consultas odontológicas do plano – 1X Tabela de Reembolso

Valor do reembolso = 7,50 x 1,00 x 1 = R\$ 7,50.

12.12. Em nenhuma hipótese o valor a ser reembolsado, superará o total do valor apresentado das despesas, mesmo que o limite financeiro de reembolso para o(s) procedimento(s) em questão seja(m) superior(es) ao(s) valor(es) apresentado(s).

12.13. O reajuste do valor da US para cálculo dos limites de reembolso, poderá considerar a variação dos custos médico-hospitalares dos procedimentos cobertos por este **CONTRATO**, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do **CONTRATO**, tendo como parâmetro o que dispõe a legislação e regulamentação vigentes.

12.14. Nos casos relacionados no item 12.6 e dentro dos limites das obrigações deste **CONTRATO**, obedecendo a área de abrangência geográfica, a área de atuação do plano contratado e os mecanismos de regulação, deverão ser observadas as seguintes regras:

12.15. As despesas odontológicas pagas diretamente pelo **Beneficiário, Titular ou Dependente**, com os serviços de assistência à saúde cobertos por este **CONTRATO**, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta odontológica, com base na Tabela de Reembolso e não será inferior ao da Tabela praticada pela **CONTRATADA** junto à rede prestadora e até o limite do valor das notas apresentadas pelo **Beneficiário**.

13. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

13.1. Habilitação para o atendimento

13.1.1. 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, parte integrante deste **CONTRATO**, ou Portal da **CONTRATADA**.

13.1.2. Documentos exigidos

Ao se habilitar para qualquer tipo de atendimento, o **Beneficiário** deverá apresentar:

- a)** Cartão de Identificação do Beneficiário fornecido pela **CONTRATADA**, ou disponível no seu site ou no aplicativo;
- b)** Carteira de identidade (RG) com foto do beneficiário-paciente, no caso de menor, certidão de Nascimento e RG do acompanhante/responsável.

13.1.2.1. Casos de atendimento que demandem autorização prévia da **CONTRATADA**

Além dos documentos acima elencados nos itens **a** e **b**, o **Beneficiário** deverá apresentar a Guia de solicitação - odontológica, devidamente preenchida com o CRO do odontólogo, conforme o caso, e

autorizada pela **CONTRATADA**.

13.1.3. A **CONTRATADA** se utiliza, obrigatoriamente, de processos de identificação biométrica como forma de reconhecimento para acesso aos atendimentos por parte dos **Beneficiários**. O cadastramento inicial da identificação biométrica será realizado por ocasião do primeiro atendimento do **Beneficiário** junto à rede assistencial da **CONTRATADA**, sendo obrigatória a apresentação nessa oportunidade do RG do beneficiário.

13.1.3.1. 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**.

13.1.3.2. Caso o **Beneficiário** apresente dificuldade de se identificar através do processo biométrico, deverá, obrigatoriamente, comparecer ao Setor de Digitais da **CONTRATADA** para proceder com o recadastramento de suas digitais, nos termos previstos nos contratos que regulam os planos da **CONTRATADA**.

13.1.3.2.1. Se verificada pela **CONTRATADA** a impossibilidade de reconhecimento das digitais do **Beneficiário**, a **CONTRATADA** orientará, a seu critério, como será procedida a identificação do **Beneficiário** e os procedimentos que deverão ser adotados.

13.2. Atendimento eletivo

O atendimento eletivo reger-se-á pelas seguintes condições:

CONSULTAS ELETIVAS

13.2.1. Todo atendimento referente a consultas eletivas deverá ser realizado por meio dos odontólogos e entidades indicadas no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da **CONTRATADA**, mediante marcação prévia.

EXAMES COMPLEMENTARES ELETIVOS

13.2.2. Os exames complementares dar-se-ão, **exclusivamente**, nas unidades mencionadas no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da **CONTRATADA** para as especialidades previstas.

13.2.2.1. O uso dos serviços em atendimento eletivo, para serviços de apoio diagnóstico, depende da Guia de Solicitação/Autorização da **CONTRATADA**. Alguns exames solicitados pelos odontólogos da **CONTRATADA** poderão já ter previa autorização.

13.2.2.2. Procedimentos e exames complementares das especialidades de Radiologia, Dentística,

Periodontia, Endodontia e Prótese Dental dependem de autorização prévia.

13.2.2.3. Quando da solicitação de procedimentos por profissionais da rede própria, poderá ser dispensada, a critério da **CONTRATADA**, a necessidade de autorização prévia dos exames e procedimentos especializados.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS

13.2.3. Todas as solicitações de procedimentos cirúrgicos eletivos dependem de autorização prévia. A solicitação deverá ser feita na central de atendimento ou nos postos de autorização, nos seguintes horários: de segunda-feira a quinta-feira, das 07h às 17h30 e, às sextas-feiras, das 07h às 16h30, por meio da apresentação da guia de solicitação (TISS) e exames/relatórios médicos comprobatórios à solicitação.

13.3. Autorização prévia

13.3.1. Os procedimentos que dependem de autorização prévia deverão ser solicitados pelo **Beneficiário** nas centrais de atendimento ou postos de autorização da **CONTRATADA**, nos horários estabelecidos. Nas localidades onde não houver obrigação de atendimento presencial pela **CONTRATADA**, a autorização eletiva poderá ser solicitada pelo site da **CONTRATADA** ou pelo prestador executante. Em caso de dúvidas, o **Beneficiário** deverá entrar em contato com o SAC da **CONTRATADA**.

13.3.2. Ao **Beneficiário** será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.3.3. Nos casos em que dependam de autorização prévia, a **CONTRATADA** poderá exigir que o **Beneficiário** seja avaliado por odontólogo auditor ou, ainda, que realize exames complementares, apresente relatórios do seu médico ou odontólogo assistente, resultados de exames porventura realizados ou outros documentos necessários à avaliação da solicitação - odontológica, ficando o **Beneficiário** ciente de que, havendo recusa à tal avaliação ou à apresentação da documentação solicitada, a solicitação de autorização ficará prejudicada, sem prejuízo de nova apresentação do pedido e observados os mecanismos de regulação previstos no **CONTRATO**.

13.3.4. O fato de o 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.

13.3.5. A impossibilidade de negativa de autorização em virtude de o 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**.

13.3.6. Ao receber a solicitação de profissional não pertencente à sua rede assistencial, a **CONTRATADA**, por meio de sua Auditoria, analisará se o procedimento 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.

13.3.7. Dependendo da natureza do procedimento, o profissional disponibilizado pela **CONTRATADA** poderá solicitar avaliação ou consulta prévia do **Beneficiário**, assim como exames complementares ou sua apresentação, caso já realizados em prazo não superior a 30 dias.

13.3.8. A **ASSISTÊNCIA INTEGRAL** será garantida ao **Beneficiário exclusivamente** através de profissional habilitado pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA** ofertado para a realização do procedimento. **Caso o Beneficiário recuse o profissional disponibilizado pela CONTRATADA e 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 médico ou odontólogo assistente e de sua equipe, materiais, equipamentos, despesas e taxas hospitalares e outros custos inerentes ao procedimento, ainda que seja realizado em prestador vinculado à CONTRATADA.**

13.4. Atendimento de urgência e emergência

Ao necessitar de atendimento de urgência/emergência o **Beneficiário** deverá utilizar os serviços através das clínicas odontológicas ou serviços odontológicos nos pronto-atendimentos indicados para tal no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da **CONTRATADA**, observando-se as situações descritas na cláusula de Urgência/Emergência.

13.4.1. Quando não for possível o acesso à Rede da **CONTRATADA** para atendimento de Urgência/Emergência, o **Beneficiário** deverá proceder em conformidade com as instruções da cláusula **URGÊNCIA e EMERGÊNCIA**.

13.5. Rede assistencial da CONTRATADA

A rede de prestadores da **CONTRATADA** estará disponível e poderá ser consultada por meio do site da **CONTRATADA**.

13.5.1. 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 dos **Beneficiários**, nos termos da regulamentação vigente da ANS.

13.5.2. Ocorrendo os descredenciamentos, os **Beneficiário** terão o direito de prosseguir o seu tratamento em qualquer outro prestador vinculado a sua rede assistencial, divulgada no Portal da **CONTRATADA**, sem que a **CONTRATADA** tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização em razão da substituição ocorrida.

13.6. Junta Odontológica

Nas situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento odontológico e/ou terapêuticos realizados por profissionais da área da saúde, respeitadas as prerrogativas dos respectivos conselhos profissionais, 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 odontólogo nomeado pela **CONTRATADA** e por um terceiro, remunerado e sugerido pela **CONTRATADA**, ratificado de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.

13.6.1. A Junta Odontológica será composta, processada e concluída de acordo com o estabelecido na regulamentação vigente da ANS, sujeitando-se o **Beneficiário** e os profissionais que a compõem ao fiel cumprimento das determinações ali previstas.

13.6.2. O odontólogo assistente deverá escolher um dentre quatro profissionais indicados pela **CONTRATADA** para compor a JUNTA na condição de terceiro odontólogo ou odontólogo desempatador; a recusa, a falta de manifestação do odontólogo assistente no prazo conferido no ato de convocação da Junta ou a sua manifestação fora desse prazo, importará na eleição, pela **CONTRATADA**, do terceiro odontólogo, dentre os quatro indicados.

13.6.3. O **Beneficiário** ou o odontólogo assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento.

13.6.4. A presença do **Beneficiário** quando da realização da Junta Odontológica poderá ser dispensada, salvo quando for necessária a sua avaliação física pelos profissionais participantes, ocasião em que, a sua ausência injustificada, desobrigará a **CONTRATADA** a cobrir o procedimento solicitado.

13.6.5. O terceiro odontólogo ou desempatador poderá solicitar fundamentadamente que o **Beneficiário** realize exames complementares, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, os quais serão cobertos pela **CONTRATADA** de acordo com as segmentações assistenciais do produto ao qual o **Beneficiário** está registrado. Nesse caso, o prazo de garantia de cobertura do procedimento inicialmente solicitado será suspenso por 03 (três) dias úteis. Caso o **Beneficiário** não realize os exames complementares solicitados pelo desempatador, prevalecerá a opinião do odontólogo da **CONTRATADA**, ficando esta desobrigada a custear o procedimento.

13.6.6. A Junta Odontológica será concluída com a elaboração de parecer técnico de odontólogo

desempatador, o qual será acatado para fins de cobertura e que deverá ser devidamente fundamentado e cientificado ao **Beneficiário** e seu odontólogo assistente no prazo legal.

13.6.7. A Junta 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 técnico-assistencial de natureza odontológica do procedimento solicitado.

13.6.8. Caso a Junta Odontológica seja desfavorável à solicitação do odontólogo assistente, a **CONTRATADA** se desobriga de cobrir os custos do procedimento solicitado, passando este a ser de inteira e exclusiva responsabilidade do **Beneficiário**.

13.6.9. Caso a Junta Odontológica decida por um procedimento diferente do solicitado pelo odontólogo, de cobertura obrigatória pela **CONTRATADA**, este será garantido, se for da vontade do **Beneficiário**, de acordo com os parâmetros técnicos definidos pelo executante pertencente à rede de atendimento da **CONTRATADA** e devidamente habilitado para execução do procedimento. Não sendo da vontade do **Beneficiário**, fica a **CONTRATADA** isenta de qualquer responsabilidade financeira sobre o procedimento solicitado.

13.7. Solicitação de órteses e próteses

13.7.1. A solicitação de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, deverão obedecer às disposições abaixo, conforme determinação da regulamentação vigente da ANS.

13.7.2. Cabe ao odontólogo assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais necessários ao procedimento.

13.7.3. O odontólogo assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

13.7.4. Caso o odontólogo assistente não indique, pelo menos, as 3 (três) marcas nos termos do item anterior ou caso a **CONTRATADA** discorde das marcas indicadas, será instaurada Junta Odontológica.

13.8. Orientações gerais de atendimento

13.8.1. 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.

13.8.2. As partes contratantes pactuam que, objetivando propiciar o melhor atendimento possível ao **Beneficiário**, bem como a melhor adequação dos custos assistenciais, fica facultado à **CONTRATADA** o traslado do **Beneficiário** para tratamentos e procedimentos em outras localidades, pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, nas quais disponibilize estrutura própria ou credenciada apta a lhe oferecer condições terapêuticas avançadas e seguras, cabendo, ainda, à **CONTRATADA** suportar integralmente as despesas advindas do transporte do paciente.

13.8.2.1. Nos casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e a partir de 60 (sessenta) anos, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á, também, pelas despesas de transporte do acompanhante.

13.8.3. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo ou odontólogo assistente, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados.

13.8.4. Para as solicitações de negativas de cobertura por escrito, conforme previsto na regulamentação vigente, os **Beneficiários** deverão se dirigir às unidades de atendimento administrativo da **CONTRATADA** ou entrar em contato com o seu SAC. Não compete aos prestadores da **CONTRATADA** emitirem negativas de atendimento por escrito. Aquelas que porventura o venham a ser, não serão reconhecidas pela **CONTRATADA**.

13.9. Gerenciamento das ações de saúde odontológica

Ficam estabelecidos neste **INSTRUMENTO** mecanismos de gerenciamento das ações de controle em todas as fases de utilização dos serviços assistenciais e da ocorrência dos eventos, em especial: aconselhamento odontológico; monitoramentos; gerenciamentos de casos complexos; direcionamento dentro da sua rede nas diversas especialidades para os locais de atendimento que a **CONTRATADA** considera preferenciais; segunda opinião odontológica; auditoria técnica odontológica e administrativa; programas de educação preventiva, dentre outros, aplicando os mecanismos de regulação, direcionamento, referenciamento e hierarquização de acesso praticados pela **CONTRATADA**, respeitando as previsões do contrato individualizado de cada plano, que fazem parte deste **INSTRUMENTO**.

13.10. Mecanismos de regulação financeira: coparticipação e franquia

13.10.1. Entende-se como **coparticipação** a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, para o custeio de parte da despesa de determinado procedimento a ser realizado por ele ou seus dependentes.

13.10.1.1. O pagamento da coparticipação pelo **CONTRATANTE** deverá ser realizado no valor ou percentual e no limite máximo de cobrança previstos na **Proposta de Adesão ou Extrato de Contratação Digital e/ou Aditivo**.

13.10.2. Entende-se como **franquia**, nos termos da legislação e regulamentação vigentes, como o valor financeiro previamente estabelecido em contrato, até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento à rede própria, credenciada ou referenciada.

13.10.3. Os valores a título de franquia e coparticipação serão anualmente reajustados de acordo com a data base e percentual aplicado às contraprestações pecuniárias mensais. Estes pagamentos serão efetuados por meios eletrônicos disponibilizados pela **CONTRATADA** quando forem realizados na rede própria.

13.10.3.1. As porcentagens estabelecidas no **CONTRATO** para a coparticipação incidirão sobre os valores dos procedimentos pelo código TUSS previstos na Tabela Referência de Procedimentos e Coparticipação. A Tabela Referência será reajustada conforme variação da experiência de custo assistencial da **CONTRATADA**.

13.11. Será devida a coparticipação e/ou franquia nas hipóteses em que a **CONTRATADA**, por mera liberalidade, vier a autorizar procedimentos não compreendidos nas coberturas previstas no presente **CONTRATO**.

14. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

14.2. Havendo atraso no pagamento das mensalidades, coparticipação ou franquia, serão cobrados do **Beneficiário**, 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), sem prejuízo da correção monetária.

14.3. Além dos encargos de mora previstos no item anterior, a **CONTRATADA** poderá cobrar, ainda, custos administrativos ou honorários de cobrança sobre o valor devido, não podendo ultrapassar a 10% do valor principal (*pro rata die*), ficando 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) por meio do site da **CONTRATADA**, 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 **CONTRATADA** todos os seus dados

cadastrais, inclusive, endereço.

14.6.1. Caso o **Beneficiário** altere seu endereço e não comunique à **CONTRATADA**, dar-se-ão como aceitos e recebidos quaisquer boletos, correspondências, notificações, inclusive, de inadimplência, enviados pela **CONTRATADA** 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 a este já vinculados, respeitadas as suas atualizações, em virtude dos reajustes aplicados durante a vigência do **CONTRATO**, na forma da Lei.

15. REAJUSTE ANUAL

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.

15.2. Caso a legislação venha a permitir reajustes em prazo inferior a 01 (um) ano, o reajuste financeiro será automaticamente aplicado ao presente **CONTRATO** na menor periodicidade admitida.

16. REAJUTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

16.1. Não haverá reajuste por mudança de faixa etária.

17. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1. A perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO TITULAR** poderá ocorrer nas seguintes situações:

- a)** Por rescisão do presente **CONTRATO**;
- b)** Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**;
- c)** Por não pagamento da contraprestação pecuniária mensal.

17.2. A perda da qualidade de **Beneficiário Dependente** poderá ocorrer nas seguintes situações:

- a)** Pela perda da condição de dependência;
- b)** Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou dependente;
- c)** Por rescisão do **CONTRATO**.

17.3. Na hipótese de extinção do vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** do plano familiar, o **CONTRATO** não será extinto, ficando assegurado aos respectivos dependentes já inscritos o direito à manutenção do plano, nas mesmas condições contratadas, com a assunção das obrigações decorrentes, inclusive quanto ao pagamento das contraprestações mensais.

17.3.1. Em caso de óbito do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, o **Beneficiário Dependente** que desejar a manutenção do plano deverá comparecer ao Atendimento ao Cliente da **CONTRATADA**, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do óbito, para entrega de cópia da certidão de óbito e manifestação formal de sua opção quanto à continuidade do plano.

17.3.2. Caso o **BENEFICIÁRIO TITULAR** solicite sua exclusão do plano,unicamente através do preenchimento e assinatura de formulário específico a ser disponibilizado pelo Atendimento ao Cliente da **CONTRATADA**, a **CONTRATADA** processará a solicitação de exclusão, devendo o **Beneficiário Dependente** que desejar a manutenção do plano comparecer ao Atendimento ao Cliente, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da citada exclusão, para manifestação formal de sua opção quanto à continuidade do plano.

17.3.3. Na hipótese de existirem diversos dependentes inscritos no plano odontológico quando da extinção do vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, a opção prevista no item anterior deverá ser realizada por aquele que possuir a condição de responsável econômico-financeiro dos demais dependentes. Na existência de um único dependente menor de idade ou inimputável por qualquer outra razão, a opção deverá ser realizada por seu representante legal.

17.3.3.1. Excepcionalmente, a **CONTRATADA** poderá aceitar que a opção acima prevista seja realizada por outra pessoa que, embora não tenha a condição de responsável econômico-financeiro, do **Beneficiário Dependente**, apresente-se como responsável financeiro pelo **CONTRATO**, mediante assinatura de termo de compromisso nesse sentido.

17.4. O disposto nos itens acima não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do **CONTRATO** por fraude ou falta de pagamento das contraprestações mensais, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9656/98.

17.4.1. Para todos os efeitos de direito, se durante os prazos acima estabelecidos para formalização da opção de manutenção do plano houver atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, os dias de atraso serão computados para fins de rescisão unilateral do **CONTRATO**, nos termos da legislação e regulamentação vigentes da ANS.

18. SUSPENSÃO E RESCISÃO

18.1. A **CONTRATADA** poderá suspender e rescindir o presente **CONTRATO**, unilateralmente, por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivas ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do **CONTRATO**, mediante prévia notificação.

18.2. A **CONTRATADA** utilizar-se-á dos seguintes meios de notificação:

- a) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- b) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta;

c) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor.

18.2.1. A notificação será considerada válida e surtirá todos os efeitos legais quando utilizadas as informações cadastradas no banco de dados da **CONTRATADA**, sendo de responsabilidade integral e exclusiva do **CONTRATANTE** e do **Beneficiário** mantê-las atualizadas.

18.2.2. De forma complementar aos meios dispostos nesta cláusula, a notificação por inadimplência poderá ser feita em área restrita da página institucional da **CONTRATADA** na Internet e/ou por meio de aplicativo da **CONTRATADA** para dispositivos móveis.

18.2.3. As regras previstas nesta cláusula prevalecerão onde conflitarem com outros instrumentos.

18.3. Nos casos em que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** desejar rescindir o **CONTRATO** antes de completada a vigência inicial de um ano, haverá multa rescisória de 10% (dez) sobre o valor das mensalidades que restem para completar o período de doze meses.

18.4. O cancelamento do **CONTRATO** ou mesmo exclusão de eventual(is) dependente(s), nos termos da regulamentação vigente da ANS, somente poderá ser realizado pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**:

- a)** Comparecendo pessoalmente na sede da **CONTRATADA** 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**;
- b)** Por meio de atendimento telefônico, por meio de número específico, disponibilizado no site da **CONTRATADA**;
- c)** Por meio da página da **CONTRATADA** na internet, com acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS).

19. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** reconhece ser de sua responsabilidade exclusiva o pagamento integral de toda e qualquer despesa relativa à utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos pelo plano contratado junto ao prestador executante, não cabendo à **CONTRATADA** qualquer ônus financeiro neste sentido.

19.1.1. Visando à preservação de sua saúde, o **Beneficiário** está ciente de que, uma vez necessária a utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos pelo plano contratado, poderá realizá-los na rede própria da **CONTRATADA**, de acordo com os valores previstos nas tabelas praticadas entre a **CONTRATADA** e seus prestadores próprios. Nas situações de Urgência/Emergência, caso o **Beneficiário** opte por não arcar com as referidas despesas, a **CONTRATADA** garantirá a sua remoção para uma unidade pública de saúde, nos termos da regulamentação vigente.

19.2. A realização de procedimentos não previstos neste **CONTRATO**, por não serem de cobertura obrigatória, permite que a **CONTRATADA** exija do **Beneficiário** as despesas relacionadas, cujo pagamento poderá, a critério exclusivo da **CONTRATADA**, ser total ou parcial, sem prejuízo da aplicação dos mecanismos de regulação estabelecidos neste **CONTRATO**.

19.2.1. As despesas sujeitas a esta cobrança abrangem, a título de exemplo e não se limitando, o seguinte: a) medicamentos *off-label*; b) medicamentos/tratamentos experimentais; c) procedimentos fora do rol mínimo da ANS; d) procedimentos que não atendam as diretrizes das Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS; e) procedimentos sujeitos a carência e/ou Cobertura Parcial Temporária (CPT); f) procedimentos realizados fora da rede contratada e/ou fora da abrangência contratual; g) tratamento domiciliar.

19.2.2. A **CONTRATADA** oferecerá alternativas para quitação, sendo que o não pagamento configurará inadimplência para fins de suspensão e/ou rescisão contratual, conforme disposto na RN 593/23 da ANS.

19.3. 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 pelos **Beneficiários**, permitindo à **CONTRATADA** retornar ao que está pactuado neste **CONTRATO**, sem necessidade de comunicação prévia.

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

19.5. Em todas as hipóteses de reembolso das despesas odontológicas previstas no presente **CONTRATO** e/ou nas **Condições do(s) Produto(s)** poderá a **CONTRATADA** exigir, além da documentação elencada, todos e quaisquer comprovantes para que seja demonstrado de maneira inequívoca que o pagamento se deu às expensas do **Beneficiário** para o prestador de serviços odontológicos, desde a origem dos valores até o efetivo pagamento, incluindo, mas não a estes limitados, **comprovante de transferência ou depósito bancário, comprovante de PIX ou de compensação de cheque, fatura de cartões de crédito, extratos bancários, dentre outros**.

19.6. Fazem parte do **CONTRATO** todos os documentos entregues ao **CONTRATANTE**, tais como: Extrato de Contratação Digital ou Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, **Condições do(s) Produto(s)**, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

19.7. 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 por meio do SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente ou da Ouvidoria da **CONTRATADA**.

19.8. Os descontos eventualmente concedidos em razão do número de familiares inscritos no plano contratado, serão automaticamente excluídos se um ou mais **Beneficiários** se retirarem do plano. Nesse caso, deverá ser observado o percentual de desconto referente ao número de **Beneficiários** remanescentes no **CONTRATO** e os valores não promocionais constantes da Tabela de Preços disponibilizada ao interessado no ato da contratação.

19.9. Como alternativa à assinatura física, as Partes declaram e concordam que a assinatura mencionada poderá ser efetuada em formato eletrônico, nos termos da regulamentação vigente da ANS. As Partes reconhecem a veracidade, autenticidade, integridade, validade e eficácia deste **INSTRUMENTO**, incluindo seus anexos, nos termos do art. 219 do Código Civil, em formato eletrônico (login e senha) e/ou assinado pelas Partes por meio de certificados eletrônicos, ainda que sejam certificados eletrônicos não emitidos pela ICP-Brasil, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 ("MP nº 2.200-2").

20. PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

20.1. O **Beneficiário** reconhece e concorda que, para fins da gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência privada à saúde objetos do presente **CONTRATO**, a **CONTRATADA** precisa manter e tratar dados pessoais relacionados ao presente **CONTRATO** ou aos demais documentos que regulam a relação contratual, bem como outros que possam vir a ser necessários. A **CONTRATADA** poderá receber esses dados pessoais do próprio **Beneficiário**, de corretores que intermediam a relação com a **CONTRATADA** e, no decorrer do uso dos serviços de assistência privada à saúde, a **CONTRATADA** poderá receber os dados pessoais do **Beneficiário e de seus Beneficiários dependentes**, da Rede Credenciada, da Rede Própria ou de outros atores envolvidos na prestação dos serviços.

20.2. A **CONTRATADA**, na qualidade de controladora, compromete-se a tratar os dados pessoais do **Beneficiário** e de seus **Beneficiários Dependentes** de acordo com a legislação vigente e aplicável em matéria de privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive, mas não se limitando à Lei nº 13.709/2019 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), e em estrita observância ao disposto neste **CONTRATO** e tão somente para a finalidade de execução deste, exceto nos casos em que o tratamento seja necessário para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias a que esteja sujeita à **CONTRATADA**.

20.3. O tratamento de dados pessoais relacionado a este **CONTRATO** será regulado pela Política de Privacidade da **CONTRATADA** disponível em <https://www.hapvida.com.br/site/politicas-de-privacidade>.

20.4. A título exemplificativo, a **CONTRATADA** tratará dados pessoais para (i) realização das tratativas prévias à celebração do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde e/ou Odontológica necessária à elaboração da proposta comercial; (ii) execução do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde e/ou Odontológica seja por meio de rede própria e/ou credenciada a depender do produto contratado; (iii) prestação de serviços médicos por meio da

rede própria da **CONTRATADA**; (iv) prestação de serviços de atendimento médico por meio da Telemedicina; (v) cumprir obrigações legais ou regulatórias protegidas por órgãos reguladores das atividades da **CONTRATADA** (como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Comissão de Valores Mobiliários (CVM), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre outros; (vi) exercício do direito de defesa em processo administrativo, judicial ou arbitral, incluindo a resposta a reclamações apresentadas perante a ouvidoria, Compliance, central de atendimento da **CONTRATADA** a, órgãos de defesa do consumidor como Procons, IDEC, Senacon, Ministério Público e demais órgãos fiscalizadores; (vii) confirmar a identificação do paciente e/ou paciente, investigar e prevenir possíveis infrações, irregularidades ou fraudes e, também, condutas; (viii) desenvolver e aperfeiçoar os recursos e funcionalidades dos sites, aplicativos, produtos e serviços da **CONTRATADA**, bem como, quando aplicável, utilizar dados pessoais após o término do contrato para finalidades legítimas relacionadas à melhoria da experiência do usuário, incluindo, mas não se limitando, à facilitação de processos futuros de contratação, desde que exista relação prévia com o Beneficiário e que tal uso seja compatível com suas expectativas; (ix) liberação de reembolso; (x) análise atuária, estudos estatísticos e financeiros; (xi) oferta de novos produtos e serviços; (xii) participação em programas de benefícios; (xiii) responder dúvidas e fornecer suporte; (xiv) realização de exames, procedimentos e serviços hospitalares; (xv) programas especiais de cuidados preventivos; (xvi) acesso ao Wi-Fi em nossas unidades; (xvii) pesquisas de satisfação e de acolhimento.

20.5. O **Beneficiário** reconhece ainda que, conforme necessário para a gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência privada à saúde contratada, a **CONTRATADA** poderá compartilhar os dados pessoais com (i) empresas do mesmo grupo econômico; (ii) hospitais, clínicas e laboratórios; (iii) terceiros fornecedores e prestadores de serviço autorizados, tais como auditores médicos/ e ou odontológicos, equipe médica e/ou odontológica unidades de saúde e/ou odontológica, prestadores médicos e/ou odontológicos credenciados, seguradoras e operadoras de planos privados de assistência à saúde, institutos de pesquisa de opinião e científica, laboratórios farmacêuticos, fornecedores logísticos, empresas de conectividade com a rede credenciada de prestadores de serviços médicos e/ou odontológicos dentre outros, sendo que tais terceiros tratarão os dados pessoais exclusivamente para as finalidades permitidas pela **CONTRATADA**. A **CONTRATADA** também poderá eventualmente compartilhar os Dados Pessoais dos **Beneficiários** quando for necessário cumprir uma obrigação legal ou uma ordem judicial; para fazer cumprir ou aplicar nossos contratos; ou proteger os direitos, propriedade ou segurança da **CONTRATADA**, bem como de seus colaboradores e/ou usuários.

20.6. A **CONTRATADA** se compromete a garantir o exercício dos direitos dos **Beneficiários** na qualidade de titulares de dados pessoais, incluindo, mas não se limitando, a qualquer solicitação de acesso, retificação, bloqueio, eliminação, portabilidade ou informação, nos termos do artigo 18 da LGPD, nos prazos previstos pela legislação vigente. O **Beneficiário** poderá exercer os direitos previstos nesta Cláusula mediante contato pelo e-mail privacidade@hapvida.com.br e/ou por meio do Formulário disponível em nossa Política de Privacidade, no item “Direitos do Titular de Dados Pessoais”.

21. ELEIÇÃO DE FORO

21.1. Fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente **CONTRATO**.