



ESPELHO DO CONTRATO

ANS 41783-1

Contratada: Odontolive Operadora de Planos Odontológicos Ltda	Contratante: BENEVITAE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA	
CNPJ : 10.364.053/0001-45	Nome fantasia:	
Inscrição est.: Isenta	CNPJ: 29.179.109/0001-10	
Endereço: Rua Abraão Antônio, 453, Pinheiros, Birigui - SP	Inscrição est.:	
CEP: 16203-520	Endereço: AVENIDA CALAMA, 5175, PORTO VELHO - RO	
Telefone: (18) 3643.0446	CEP: 76820-594	
Consultor: MIRELE CARINE MANTOVANI	Telefone: (69)99203-3xxx	
	E-mail p/ login e senha: fagnerferreira@benevitae.com.br	
	Nº filiados: 400	Tributação: SN
	Vencimento: 20	Tempo contrato: 24
Representante legal: FAGNER FERREIRA GONCALVES - CPF: 996.xxx.xxx-15 - Telefone: (69)99203-3xxx		
Contato Operação: FAGNER FERREIRA GONCALVES - Telefone: (69)99203-3xxx		
Contato Financeiro: ARYCELIA DE SÁ CARNEIRO E SILVA - Telefone: (69)99247-5xxx		
Outro contato: - Telefone:		

Carência	Normal (Dias)
Consultas e diagnóstico	Isento de carência
Urgência/ Emergência	Isento de carência
Prevenção em Saúde Bucal	Isento de carência
Radiologia	Isento de carência
Dentística Restauradora	Isento de carência
Periodontia	Isento de carência
Endodontia	Isento de carência
Cirurgia	Isento de carência

Outras informações:

1. Custo de inscrição no plano: Isento
2. Data de vencimento da fatura: Todo dia 20.
3. Valor da emissão de 2ª, via de cartão de identificação: R\$10,00
4. Multa por falta a consulta sem justificativa com até 6 horas de antecedência: R\$15,00
5. A empresa contratante compromete-se a realizar inclusões no plano somente de sócios/filiados devidamente cadastrados junto a Entidade de Classe.

Início da vigência:
01 de novembro de 2021

Recebi, li e compreendi o manual do usuário, guia de leitura contratual e política de privacidade. Ciente também da disponibilidade do mesmo no site www.odontolive.com.

Assinatura da contratante:



Registro ANS: 417831 **C.N.P.J:** 10.364.053/0001-45

Razão Social: ODONTOLIVE OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA

Contrato de prestação continuada de serviços, na forma de Plano Privado de Assistência a Saúde, que celebram entre si, como contratada Odontolive Operadora de Planos Odontológicos Ltda, atuando pelo nome fantasia Odontolive, classificada na modalidade odontologia de grupo, doravante simplesmente denominada Contratada, com sede a Rua Abraão Antonio, 453– Birigui – SP, CEP 16200-063, inscrita no CNPJ sob o no. 10.364.053/0001-45 e de outro BENEVITAE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA, com sede a AVENIDA CALAMA, 5175 – FLODOALDO PONTES PINTO – Cidade PORTO VELHO – Estado RO, CEP 76820-594, inscrita no CNPJ sob o no. 29.179.109/0001-10 e inscrição estadual no. , doravante denominada simplesmente Contratante, o qual é regido pelas clausulas e condições abaixo

Dados Gerais

Contratação: Coletivo por adesão

Nº Registro: 469.256/13-0

Abrangência Geográfica: Nacional

Segmentação Assistencial: Odontológico

Formação do Preço: Pré-estabelecido

Vínculo do Beneficiário: Sem vínculo empregatício

Padrão de Acomodação: Não se aplica à este contrato

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

Instrumento Jurídico

Ordem: I

Tema: ATRIBUTOS DO CONTRATO

Código da Identificação: I – Todos

Identificação do Texto: Atributos do Contrato

Texto do Dispositivo:

- 1.1. Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Odontológica.
- 1.2. Será fornecido também consultas ou orientações medicas e psicológicas por telefone e/ou vídeo chamadas através do aplicativo Odontolive, e Orientação de Saúde 24 horas por telefone 0800 e/ou aplicativo.
- 1.3. A cobertura contratual compreende todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente à época do evento e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), no que se refere à saúde bucal.



- 1.4. 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.
- 1.4. Será fornecido também consultas ou orientações medicas e psicológicas por telefone e/ou vídeo chamadas através do aplicativo Odontolive

Ordem: II

Tema: CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Código da Identificação: II - Adesão

Identificação do Texto: Condições de Admissão

Texto do Dispositivo:

- 2.1. Serão considerados como BENEFICIÁRIOS TITULARES, para todos os efeitos deste contrato, as pessoas físicas, vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE, em caráter profissional, classista ou setorial, relacionados como tal pela CONTRATANTE.
- 2.2. Estão incluídas no conceito de pessoa jurídica CONTRATANTE, de caráter profissional, classista ou setorial, as seguintes:
- I. Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
 - II. Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
 - III. Associações profissionais legalmente constituídas há, pelo menos, um ano;
 - IV. Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas,
 - V. constituídas há, pelo menos, um ano regulamentadas;
 - VI. Caixas de assistência e fundações de direito privado, constituídas há, pelo menos, um ano;
 - VII. Entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985, constituída há, pelo menos, um ano e
 - VIII. outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE, da Agência Nacional de Saúde, constituídas há, pelo menos, um ano.
- 2.3. Serão considerados como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO TITULAR, para todos os efeitos deste contrato e enquanto esse última participe do Plano:
- a) O (a) cônjuge;
 - b) Os (as) filhos (as) solteiros (as) até 21 anos;
 - c) Os (as) filhos (as) solteiros (as) e/ou os filhos tutelados (as), até completarem 24 anos, desde que estejam cursando curso superior;
 - d) O enteado e os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos;
 - e) O (a) companheiro (a) que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
 - f) Os (as) filhos (as) comprovadamente inválidos (as).
 - g) Os dependentes até 3º grau consanguíneo e 2º por afinidade.
- 2.4. A CONTRATANTE deverá enviar relação com a qualificação completa dos beneficiários titulares e dependentes a serem incluídos neste plano de saúde, conforme Formulário de Inscrição disponibilizado pela CONTRATADA.

§1º - A CONTRATANTE se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas no Formulário de Inscrição, inclusive pela indicação do vínculo que possui com seus beneficiários, pela relação de dependência entre eles, pela forma de contribuição dos mesmos no custeio deste plano de saúde e a autorização para fornecimento e armazenamento de dados.



§2º - Novas inscrições ou exclusões de BENEFICIÁRIOS TITULARES e/ou DEPENDENTES deverão ser solicitadas pela CONTRATANTE até o dia 25 de cada mês.

2.5. Para as inclusões realizadas até o dia 25 de cada mês o beneficiário/filiado terá vigência do seu plano a partir do dia 01 do mês seguinte e inclusões após o dia 26 a vigência passa a ser a partir do dia 01 do outro mês. Ex: Se o filiado for incluído no dia 25 de agosto ele poderá ser atendido a partir de 01 de setembro. Já se a inclusão se der após o dia 26 de agosto o beneficiário/filiado só poderá ser atendido a partir de 01 de outubro;

§3º - Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estarão vinculados ao BENEFICIÁRIO TITULAR no que diz respeito a todas as características do plano de saúde ora contratado.

2.6. Serão considerados beneficiários deste plano de privado de assistência à saúde, com todas as obrigações, responsabilidades e direitos, aqueles que cumprirem plenamente os requisitos de admissão previstos nesse contrato e fornecerem cópia dos seguintes documentos, que comprovarão a veracidade das informações prestadas:

- I. Cédula de Identidade - RG;
- II. Cadastro de Pessoa Física - CPF;
- III. Comprovante de Residência;
- IV. Cópia do comprovante de vínculo profissional, classista ou setorial existente entre o BENEFICIÁRIO TITULAR e a pessoa jurídica CONTRATANTE;
- V. Cópia do comprovante de participação no grupo familiar do BENEFICIÁRIO TITULAR, no caso de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.

2.7. É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR, isento do cumprimento de carências.
- II. Do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento de todos os períodos de carência já foram cumpridos pelo adotante.

Ordem: III

Tema: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Código da Identificação: III - Todos

Identificação do Texto: Coberturas e Procedimentos Garantidos

Texto do Dispositivo:

3.1. Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, incluindo:

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

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



3.4. Além da cobertura de procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência ou orientações médicas e psicológicas por telefone e/ ou vídeo chamadas através do aplicativo Odontolive, e Orientação de Saúde 24 horas por telefone 0800 e / ou aplicativo.

Ordem: IV

Tema: EXCLUSÕES DE COBERTURA

Código da Identificação: IV - Todos

Identificação do Texto: Exclusões de Cobertura

Texto do Dispositivo:

4.1. São excluídos da cobertura:

- I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II. Procedimentos odontológicos para fins estéticos;
- III. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; IV- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- IV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- V. Casos de cataclismos, epidemias, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VI. Procedimentos buco-maxilares que necessitem de internação hospitalar, bem como os exames complementares solicitados para este fim;
- VII. Estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar bem como os exames complementares solicitados para este fim, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
- VIII. Procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento; e
- IX. Despesas com honorários de anestesistas (profissional médico).

Ordem: V

Tema: DURAÇÃO DO CONTRATO

Código da Identificação: V - Adesão

Identificação do Texto: Duração do Contrato

Texto do Dispositivo:

- 5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 24 meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.
- 5.2. O contrato será renovado automaticamente, pelo prazo de 24 meses, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.



Ordem: VI

Tema: PERÍODOS DE CARÊNCIA

Código da Identificação: VI - Adesão

Identificação do Texto: Períodos de Carência

Texto do Dispositivo:

6.1. Deverão ser observados os seguintes prazos de carências, a contar da data de assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Urgências ou Emergências Odontológicas	Isento de carência
Diagnóstico	Isento de carência
Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia	Isento de carência
Periodontia, Endodontia	Isento de carência
Demais Casos	Isento de carência

Ordem: VII

Tema: DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Código da Identificação: VII - Adesão

Identificação do Texto: Doenças e Lesões Pré-Existentes

Texto do Dispositivo:

7.1. Este item não se aplica aos termos deste contrato.

Ordem: VIII

Tema: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Código da Identificação: VIII - Todos

Identificação do Texto: Atendimento de Urgência e Emergência

Texto do Dispositivo:

8.1. Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da CONTRATADA:

- I. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: 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;
- V. Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- VI. Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- VII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- VIII. Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.



8.2. Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

DO REEMBOLSO

8.3. Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual ou, ainda, nos casos definidos pela legislação vigente, sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano, no prazo e forma definidos por lei.

8.4. Os procedimentos estão contemplados em Tabela própria, elaborada com base no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, devidamente registrada perante o Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Birigui, sob n. 43.711. Referida Tabela poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, de acordo com a legislação vigente, com novo registro perante o referido Cartório.

8.5. A Tabela define a quantidade de UR a ser considerada em cada procedimento odontológico para o cálculo do reembolso.

8.6. A Unidade de Referência (UR) é o coeficiente expresso em moeda corrente nacional que servirá como base de cálculo do reembolso dos procedimentos odontológicos cobertos pelo plano.

8.7. Os Múltiplos de Reembolso são os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de UR apresentadas na Tabela para obtenção do valor, em moeda corrente nacional, de reembolso das despesas cobertas e efetivamente pagas pelo beneficiário Titular.

8.8. O valor do reembolso das despesas será obtido pela aplicação do múltiplo do Plano do beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na tabela e não será, sob nenhuma hipótese, ser superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas, conforme Tabela exemplificativa abaixo.

TUSS	Procedimento	Cobrança	UR	MULTIPLoS DE REEMBOLSO
81000065	Consulta odontológica inicial	GERAL	0,25	R\$ 31,87
81000049	Consulta odontológica de Urgência	GERAL	0,25	R\$ 85,00
83000089	Exodontia simples de decíduo	Elemento	0,25	R\$ 70,00
84000198	Profilaxia: polimento coronário	4 Hemi-Arcadas	0,25	25,00
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	Elemento	0,25	75,00
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	Elemento	0,25	75,00
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	Elemento	0,25	300,00
85300047	Raspagem supra-gengival	4 Hemi-Arcadas	0,25	110,00
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	Elemento	0,25	53,00
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	Região	0,25	20,00
82000875	Exodontia simples de permanente	Elemento	0,25	96,00
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos/impactados	Elemento	0,25	210,00

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

- I. Solicitação do reembolso através do preenchimento deste formulário;



- II. Relatório do odontólogo assistente, declarando o nome do paciente, tratamento efetuado (com justificativa e tipo de material utilizado), data do atendimento;
- III. Nota(s) fiscal(is) ou recibo(s);
- IV. Documentos comprobatórios de imagem como RX, quando necessário;

8.10. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

Ordem: IX

Tema: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Código da Identificação: IX - Todos

Identificação do Texto: Mecanismos de Regulação

Texto do Dispositivo:

- 9.1. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da CONTRATADA com um documento de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, a Autorização Prévia da CONTRATADA para a realização do serviço.
- 9.2. 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.
- 9.3. Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não pertencentes à Rede.
- 9.4. A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à CONTRATADA, assinada e datada pelo cirurgião-dentista, médico assistente do caso e assinada também pelo Beneficiário.
- 9.5. 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, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.
- 9.6. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador será paga pela CONTRATADA.
- 9.7. 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.
- 9.8. 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.



9.9. O manual será atualizado pela CONTRATADA e ficará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

Ordem: X

Tema: FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Código da Identificação: X - Adesão

Identificação do Texto: Formação de Preço e Mensalidade

Texto do Dispositivo:

- 10.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.
- 10.2. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.
- 10.3. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.
- 10.4. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão. Em caso de atraso superior a 5 (cinco) dias os tratamentos serão bloqueados.
- 10.5. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
- 10.6. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.
- 10.7. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.
- 10.8. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).
- 10.9. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Ordem: XI

Tema: REAJUSTE

Código da Identificação: XI - Adesão

Identificação do Texto: Reajuste

Texto do Dispositivo:

- 11.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para nova adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPCA. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.



- 11.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.
- 11.3. O desequilíbrio é constatado 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.
- Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R_{\text{Técnico Puro}} = \frac{S}{S_m} - 1$$

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

- 11.4. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao reajuste anual já previsto e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes e o equilíbrio contratual.
- 11.5. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido para reajuste anual, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
- 11.6. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.
- 11.7. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários no presente contrato.
- 11.8. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9656, de 1998.
- 11.9. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trimestralmente, nas datas previstas pela ANS, após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

Ordem: XII

Tema: FAIXAS ETÁRIAS

Código da Identificação: XII - Todos

Identificação do Texto: Faixas Etárias

Texto do Dispositivo:

- 12.1. Este contrato não pratica reajustes considerando-se a faixa etária dos beneficiários.

Ordem: XIII

Tema: BÔNUS - DESCONTOS

Código da Identificação: XIII - Todos

Identificação do Texto: Bônus - Descontos

Texto do Dispositivo:

- 13.1. Este contrato não pratica reajustes considerando-se a faixa etária dos beneficiários.



Ordem: XIV

Tema: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Código da Identificação: XIV - Adesão

Identificação do Texto: Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário

Texto do Dispositivo:

- 14.1. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:
- 14.2. Perda da qualidade de beneficiário titular:
- Pela rescisão do presente contrato;
 - Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
 - Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
 - A pedido do beneficiário titular.
- 14.3. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
- pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
 - A pedido do beneficiário titular;
 - Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
 - A pedido do beneficiário titular;
- 14.4. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, salvo no caso específico de perda da qualidade de beneficiário titular e/ou dependente, a pedido mesmo, hipótese em que a solicitação de exclusão do beneficiário titular e/ou dependente poderá ser efetuada pelo primeiro, diretamente à pessoa jurídica ou à CONTRATADA.
- 14.5. No caso acima previsto, caberá à CONTRATADA fornecer ao titular, o comprovante de recebimento de solicitação de exclusão de beneficiário, bem como informações sobre as consequências do cancelamento ou exclusão do contrato.
- 14.6. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
- Fraude;
 - Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
 - A pedido do beneficiário titular.
- 14.7. Exclusões antes do término dos primeiros 12 meses de vigência deste contrato, somente serão realizadas sem multa mediante comprovação de quebra de vínculo com a CONTRATANTE.

Ordem: XV

Tema: RESCISÃO

Código da Identificação: XV - Adesão

Identificação do Texto: Rescisão

Texto do Dispositivo:

- 15.1. O contrato poderá ser rescindido, nas seguintes situações:
- Por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação por escrito à CONTRATADA, com no mínimo 60 (sessenta) dias do vencimento, período em que as partes deverão cumprir integralmente com as suas obrigações contratuais.



- b) No caso de inadimplência da CONTRATANTE representada pelo atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que a CONTRATANTE tenha sido notificada previamente, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
 - c) Quando a CONTRATANTE ou seu responsável não fizer declarações verdadeiras, omitindo informações em prejuízo da CONTRATADA;
 - d) Descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato;
 - e) Decretação de falência, deferimento de concordata ou dissolução da sociedade.
- 15.2. Antes do término dos primeiros 12 meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas abaixo:
- a) Quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus; ou
 - b) Imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.
 - c) O beneficiário que realizar tratamento após o final do prazo do contrato deverá permanecer no plano pelo prazo mínimo de 12 meses contados da data de realização do último procedimento.

Ordem: XVI

Tema: DISPOSIÇÕES GERAIS

Código da Identificação: XVI - Todos

Identificação do Texto: Disposições Gerais

Texto do Dispositivo:

- 16.1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
- 16.2. Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.
- 16.3. Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.
- 16.4. A CONTRATADA autoriza, por meio de concessão gratuita, o uso de imagem em todo e qualquer material entre fotos, documentos e outros meios de comunicação, para ser utilizada como finalidade de divulgação pela CONTRATADA, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral e/ou apenas para uso interno desta instituição, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade.
- 16.5. Fica autorizado uso de imagem em todo território nacional, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) outdoor; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) sites; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros).
- 16.6. Fica autorizado ainda a utilização e armazenamento de todos os dados fornecidos a CONTRATADA para a execução fidedigna do presente contrato.
- 16.7. São adotadas as seguintes definições:



- a) 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.
- b) 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.
- c) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.
- d) ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.
- h) CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.
- i) CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.
- j) CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- k) CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
- l) CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- m) CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.
- n) 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.
- o) 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.
- p) EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- q) 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.
- r) MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.
- s) ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- t) PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- u) PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- v) PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.



- w) TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.
- x) URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

Ordem: XVII

Tema: ELEIÇÃO DE FORO

Código da Identificação: XVII - Todos

Identificação do Texto: Eleição de Foro

Texto do Dispositivo:

- 17.1. Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o foro da comarca de domicílio da Contratante.
- 17.2. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.
- 17.3. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.
- 17.4. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.
- 17.5. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.
- 17.6. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
- 17.7. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.
- 17.8. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.
- 17.9. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).



17.10. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

As PARTES declaram, sob as penas da lei, que os signatários do presente contrato são seus procuradores ou representantes legais, devidamente constituídos na forma do seu Estatuto Social / Contrato Social, com poderes para assumir as obrigações ora contraídas.

E que, estando de acordo com as cláusulas e condições acima, as partes e 2 testemunhas concordam e firmam este documento de forma eletrônica, conforme regulamentado pela LEI No 14.063, DE 23 DE SETEMBRO DE 2020.

Por estarem assim, inteiramente justos e contratados, assinam o presente contrato.

Birigui 20 de
outubro de 2021

BENEFITÁRIA ADMINISTRADORA DE BENEF

CONTRATANTE

**ODONTOLIVE OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS
CONTRATADA**

TESTEMUNHA 1

NOME:

RG:

TESTEMUNHA

NOME:

RG:

