

CONTRATO DE OFERTA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DENT SERVICE NAC AD – REGISTRO ANS Nº 476.360/16-2

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica identificada e qualificada na proposta de admissão, que preenchida e assinada passa a fazer parte desse contrato, como pagina inicial, e, de outro como **CONTRATADA** a **SÃO FRANCISCO ODONTOLOGIA LTDA**, CNPJ: 02.727.724/0001-67, Registro da Operadora na ANS: 36.531-9, Classificação da Operadora na ANS: Odontologia de Grupo, com estabelecimento na Av. Portugal, nº 545, 2º andar, sala 1, Jardim São Luiz, Ribeirão Preto/SP, CEP: 14.020-380, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Tipo de Contratação: **COLETIVO POR ADESÃO**
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Odontológico**
Fator Moderador: **Sem fator**
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Nacional**
Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional**
Formação do Preço: **Pré-estabelecido**
Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Odontológica com a 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 compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Beneficiário Titular: pessoa natural que mantiver com o **CONTRATANTE** vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, conforme determinado no art. 9º da RN nº195/09 e alterações.

2.1.2 São considerados Beneficiários Dependentes:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro (a), **havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;**
- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados **solteiros, sem limite de idade;**
- d) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **inválidos** declarados no Imposto de Renda do Beneficiário Titular;
- e) O menor **que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular;**
- f) O grupo familiar **até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade.**

2.2 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

2.3 Quando da contratação, fica a **CONTRATANTE** obrigada a demonstrar a legitimidade para a contratação do plano de saúde, nos termos da legislação em vigor.

2.4 A inclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será processada mediante preenchimento da Ficha Cadastral ou por meio eletrônico, conforme acordado entre as partes.

2.5 Ficará a cargo do Beneficiário Titular, quando do preenchimento da Ficha Cadastral, informar a relação dos Dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação completa, incluindo filiação, endereço completo,

número de inscrição no CPF e RG. **Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA, pela CONTRATANTE.**

2.5.1 Quando a inclusão dos Beneficiários for efetuada de forma eletrônica, a responsabilidade pelas informações prestadas será da CONTRATANTE.

2.6 As alterações no quadro associativo ou de filiados, decorrentes de novas associações ou filiações, assim como as desistências das adesões manifestadas, serão comunicadas à CONTRATADA pela CONTRATANTE, até a data limite da próxima movimentação cadastral da CONTRATANTE.

2.7 As movimentações enviadas referentes às inclusões, alterações e exclusões de Beneficiários serão efetivadas no período mensal subsequente ao período mensal do envio.

2.7.1 A inclusão do beneficiário ocorrerá a qualquer tempo e o direito a utilização dos serviços médico-hospitalares disponibilizados no objeto do presente contrato dar-se-á após 3 (três) dias úteis da solicitação da inclusão, com o correspondente pagamento de contraprestação mensal pecuniária pro-rata.

2.7.2 Não se aplica o disposto na cláusula 2.7 para os casos de pedidos de exclusões solicitados nas hipóteses dispostas na RN nº 412/2016, da ANS ou eventuais atualizações

2.8 A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, no momento da contratação e nas inclusões posteriores, bem como quando a CONTRATADA julgar necessário, documentos comprobatórios de seu quadro associativo ou de filiados, bem como do grau de parentesco/afinidade e/ou dependência econômica dos Beneficiários Dependentes.

2.9 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.

2.10 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.11 É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

2.11.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Beneficiário estabelecidas no presente Contrato.

2.12 O Beneficiário Titular é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus Dependentes, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à CONTRATADA, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc que venha a receber em seu antigo endereço.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA cobrirá os custos relativos aos atendimentos odontológicos, previstos no art. 12, inciso IV, da Lei nº 9.656/1998, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e disponível no sítio eletrônico www.saofrancisco.com.br, para a segmentação Odontológica.

3.2 A cobertura odontológica compreende todos os procedimentos abaixo relacionados, nos termos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:

a) Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:

- i. Consulta Odontológica inicial;
- ii. Consulta odontológica;
- iii. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- iv. Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial;
- v. Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial;
- vi. Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial;
- vii. Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial;
- viii. Condicionamento em Odontologia;
- ix. Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- x. Teste de fluxo salivar;
- xi. Teste de PH da saliva.

b) Procedimentos de **URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**:

- i. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;

- ii. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
 - iii. Pulpectomia;
 - iv. Recimentação de trabalhos protéticos;
 - v. Tratamento de alveolite;
 - vi. Colagem de fragmentos dentários;
 - vii. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 - viii. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 - ix. Reimplante dentário com contenção;
 - x. Imobilização dentária em dentes decíduos;
 - xi. Imobilização dentária em dentes permanentes;
 - xii. Consulta odontológica de Urgência.
- c) Procedimentos de **RADIOLOGIA**:
- i. Radiografia periapical;
 - ii. Radiografia interproximal - bite-wing;
 - iii. Radiografia oclusal;
 - iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).
- d) Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:
- i. Atividade educativa em saúde bucal;
 - ii. Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais;
 - iii. Controle de biofilme (placa bacteriana);
 - iv. Aplicação tópica de flúor;
 - v. Aplicação tópica de verniz fluoretado;
 - vi. Profilaxia: polimento coronário;
 - vii. Aplicação de selante de fósulas e fissuras;
 - viii. Aplicação de selante - técnica invasiva;
 - ix. Dessensibilização dentária;
 - x. Remineralização.
- e) Procedimentos de **DENTÍSTICA**:
- i. Aplicação de carióstático;
 - ii. Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana);
 - iii. Restauração em ionômero de vidro - 1 face;
 - iv. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces;
 - v. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces;
 - vi. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces;
 - vii. Restauração de amálgama - 1 face;
 - viii. Restauração de amálgama - 2 faces;
 - ix. Restauração de amálgama - 3 faces;
 - x. Restauração de amálgama - 4 faces;
 - xi. Faceta direta em resina fotopolimerizável;
 - xii. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face;
 - xiii. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces;
 - xiv. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces;
 - xv. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces;
 - xvi. Restauração temporária / tratamento expectante;
 - xvii. Núcleo de preenchimento;
 - xviii. Ajuste Oclusal por acréscimo;
 - xix. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo;
 - xx. Restauração atraumática em dente decíduo.
- f) Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- i. Raspagem supra-gengival;
 - ii. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular;
 - iii. Tratamento de abscesso periodontal agudo;
 - iv. Gengivectomia;
 - v. Gengivoplastia;
 - vi. Aumento de coroa clínica;

- vii. Cunha proximal;
 - viii. Cirurgia periodontal a retalho;
 - ix. Enxerto Gengival Livre;
 - x. Enxerto Pediculado;
 - xi. Tunelização;
 - xii. Imobilização dentária em dentes permanentes;
 - xiii. Imobilização Dentária em Dentes Decíduos.
- g) Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- i. Tratamento endodôntico unirradicular;
 - ii. Tratamento endodôntico birradicular;
 - iii. Tratamento endodôntico multirradicular;
 - iv. Tratamento endodôntico em dente decíduo;
 - v. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
 - vi. Retratamento endodôntico unirradicular;
 - vii. Retratamento endodôntico birradicular;
 - viii. Retratamento endodôntico multirradicular;
 - ix. Capeamento pulpar direto;
 - x. Pulpotomia;
 - xi. Pulpotomia em dente decíduo;
 - xii. Remoção de trabalho protético;
 - xiii. Remoção de corpo estranho intracanal;
 - xiv. Tratamento de perfuração endodôntica;
 - xv. Remoção de núcleo intrarradicular.
- h) Procedimentos de **CIRURGIA**:
- i. Exodontia simples de permanente;
 - ii. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
 - iii. Exodontia de raiz residual;
 - iv. Remoção de dentes inclusos / impactados;
 - v. Remoção de dentes semi-inclusos / impactados;
 - vi. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
 - vii. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada;
 - viii. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada;
 - ix. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada;
 - x. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada;
 - xi. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada;
 - xii. Bridectomia;
 - xiii. Bridotomia;
 - xiv. Frenulectomia labial;
 - xv. Frenulotomia labial;
 - xvi. Frenulectomia lingual;
 - xvii. Frenulotomia lingual;
 - xviii. Exodontia simples de decíduo;
 - xix. Alveoloplastia;
 - xx. Cirurgia para exostose maxilar;
 - xxi. Cirurgia para torus mandibular – unilateral;
 - xxii. Cirurgia para torus palatino;
 - xxiii. Cirurgia para torus mandibular – bilateral;
 - xxiv. Exérese ou excisão de cálculo salivar;
 - xxv. Exérese ou excisão de mucocele;
 - xxvi. Exérese ou excisão de rânula;
 - xxvii. Exérese ou excisão de cistos odontológico;
 - xxviii. Exodontia a retalho;
 - xxix. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
 - xxx. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
 - xxxi. Aprofundamento/aumento de vestibulo;

- xxxii. Ulectomia;
 - xxxiii. Ulotomia;
 - xxxiv. Biópsia de lábio;
 - xxxv. Amputação radicular com obturação retrógrada;
 - xxxvi. Amputação radicular sem obturação retrógrada;
 - xxxvii. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM);
 - xxxviii. Biópsia de boca;
 - xxxix. Odonto-secção;
 - xl. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial;
 - xli. Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal;
 - xlii. Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal;
 - xliii. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
 - xliv. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
 - xlv. Biópsia de língua;
 - xlvi. Biópsia de glândula salivar;
 - xlvii. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
 - xlviii. Biópsia de mandíbula;
 - xliv. Biópsia de maxila;
 - I. Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução;
 - li. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial;
 - lii. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilaginosos na região buço-maxilo-facial;
 - liii. Remoção de odontoma;
 - liv. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
 - lv. Remineralização;
 - lvi. Dessensibilização Dentária.
- i) Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:
- i. Coroa de Acetato em Dente Decíduo;
 - ii. Coroa de Aço em Dente Decíduo;
 - iii. Coroa de Policarbonato em Dente Decíduo;
 - iv. Núcleo metálico fundido;
 - v. Coroa provisória com pino;
 - vi. Coroa provisória sem pino;
 - vii. Restauração metálica fundida;
 - viii. Coroa total metálica (unitária);
 - ix. Coroa de acetato em dente decíduo;
 - x. Coroa total em cerômero unitária. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto;
 - xi. Reembasamento de coroa provisória.

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

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na data do evento, para a segmentação Odontológica, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental definido pela autoridade competente;
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações;

- e) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por cirurgiões-dentistas não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- f) Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- g) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- h) Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- i) Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- j) Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- k) Transplantes ósseos;
- l) Enxertos ósseos e biomateriais;
- m) Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- n) Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- o) Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- p) Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- q) Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares;
- r) As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- s) Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar;
- t) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, ainda que utilizado durante o atendimento odontológico;
- u) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- v) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- w) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento;
- x) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- y) Reembolso de qualquer natureza, dentro ou fora da rede credenciada, exceto os casos de urgência e de emergência previstos neste instrumento;
- z) Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;
- aa) Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- bb) Cirurgias a laser;
- cc) Clareamento dentário;
- dd) Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data estabelecida na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, **não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.**

5.2 Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, **se quaisquer das partes não se manifestarem, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência**, não cabendo a cobrança de taxas em decorrência da renovação.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento serão prestados **após**

cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

Cobertura	Carência registrada na ANS:
Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;	24 (vinte e quatro) horas
Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS.	180 (cento e oitenta) dias

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.**

6.3 Não será exigido o cumprimento dos períodos de carência para os Beneficiários que ingressarem no plano de saúde **no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de assinatura do presente instrumento.**

6.4 A cada aniversário deste Contrato será permitida a adesão de novos Beneficiários sem o cumprimento dos períodos de carência, **desde que tenham se vinculado à CONTRATANTE após o transcurso do prazo estabelecido no item anterior e que a inclusão por meio do preenchimento da Ficha Cadastral ou por meio eletrônico ocorra no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de aniversário do Contrato.**

6.5 Ultrapassados os prazos previstos nos itens anteriores, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos períodos de carência.

CLÁUSULA SÉTIMA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

7.1 Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente Contrato:

Procedimento
Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
Tratamento de odontalgia aguda;
Imobilização dentária temporária;
Recimentação de peça/trabalho protético;
Tratamento de alveolite;
Colagem de fragmentos dentários;
Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
Reimplante de dente avulsionado com contenção.

7.2 Os atendimentos de urgência ou de emergência serão prestados pela **CONTRATADA**, na rede credenciada listada no **"INDICADOR DE RECURSOS"**.

7.3 Quando da necessidade do atendimento de urgência e emergência pelo Beneficiário, este deverá consultar o **"INDICADOR DE RECURSOS"** para obter informações dos locais de atendimento, bem como, a forma de acessá-los.

7.4 A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.**

7.5 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **CONTRATADA** (que equivale à relação de serviços odontológicos praticados pela **CONTRATADA** junto à rede de prestadores do respectivo plano), no prazo máximo de **30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:**

- a) Relatório do cirurgião-dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, sua justificativa e a data do atendimento;
- b) Cópia dos recibos discriminando os procedimentos realizados e seus respectivos valores pagos;
- c) Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos;
- d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela **CONTRATADA.**

7.6 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada dentro de **12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.**

7.7 Independente da época do envio da documentação para fins de reembolso, o **Beneficiário deverá comunicar a ocorrência da urgência ou da emergência à CONTRATADA no prazo de 72 (setenta e duas) horas, sob pena de inviabilizar a perícia, caso se faça necessária, e, portanto, perder o direito ao reembolso.**

7.8 **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.**

CLÁUSULA OITAVA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

8.1 Será assegurada aos Beneficiários, a prestação dos serviços odontológicos previstos neste Contrato, através da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, obedecidas as coberturas do plano contratado, na forma descrita neste instrumento.

8.2 Para a garantia da cobertura da assistência ora pactuada, a **CONTRATADA** colocará à disposição dos Beneficiários, dentro da área de abrangência geográfica do Plano: centros odontológicos, ambulatórios dentários, consultórios e respectivos profissionais da área e de atendimento de urgência e emergência, constantes do "**Indicador de Recursos**".

8.3 O "**Indicador de Recursos**" é um livreto que será entregue ao Beneficiário Titular, contendo a relação dos prestadores de serviço odontológicos, clínicas e cirurgiões-dentistas credenciados. **Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.**

8.4 A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos os serviços credenciados, constantes do mencionado "**Indicador de Recursos**", sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos, observando-se a legislação vigente.

8.5 Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos Beneficiários deste Contrato, estes, quando utilizarem os serviços, deverão ser atendidos por cirurgiões-dentistas integrantes do corpo clínico credenciado pela **CONTRATADA** e em clínicas também por ela credenciadas, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.

8.6 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **CONTRATADA**, constantes no Indicador de Recursos, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por cirurgião-dentista não credenciado. **Nesse caso, deve o beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.**

8.7 Caberá aos Beneficiários do presente Contrato, marcar previamente o horário para consulta no cirurgião-dentista escolhido por ele dentre os constantes da rede credenciada da **CONTRATADA**, porém, no caso de impossibilidade de comparecimento, deverá comunicar o fato ao cirurgião-dentista com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, para cancelamento da consulta.

8.8 É facultado à **CONTRATADA** direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

8.9 Os Beneficiários Titulares e os Dependentes comprometem-se, sempre que solicitados pela **CONTRATADA**, visando a manutenção do padrão de qualidade, bem como dirimir dúvidas ou controvérsias de natureza técnica, a se submeterem a auditoria clínica em local estabelecido pela **CONTRATADA**, quando serão realizadas avaliações clínicas dos tratamentos propostos, realizados ou que ainda encontram-se em andamento.

8.10 A utilização de todos os procedimentos cobertos neste contrato, com exceção feita ao atendimento de urgência e emergência, está sujeita a autorização prévia.

8.11 Para autorização de cada procedimento coberto a **CONTRATADA** exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela **CONTRATADA** para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da **CONTRATADA** na internet ou em suas centrais de atendimento.

8.12 A cobertura dos procedimentos odontológicos somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

8.13 Além da documentação específica mencionada anteriormente, o **CONTRATANTE** deverá observar o descrito abaixo:

- a) **A utilização dos serviços dependerá da apresentação do cartão de identificação do Beneficiário (físico ou virtual através do aplicativo) que se submeterá ao tratamento, junto com o respectivo documento de identidade expedido por órgão oficial;**

- b) A utilização dos serviços, pelos Beneficiários, far-se-á mediante a emissão da Guia de Tratamento Odontológico (GTO) emitida pelo Cirurgião-Dentista e **previamente aprovada pela CONTRATADA**;
- c) Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

8.14 É garantido, no caso de situações de divergências odontológicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por dentista da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, conforme determinação da CONSU 8/98, art. 4.º, inciso V.

8.15 É facultado a **CONTRATADA** requisitar ao Beneficiário ou ao cirurgião-dentista **documentações, informações adicionais e/ou perícia odontológica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.**

8.16 A **CONTRATADA** prestará ao Beneficiário todas as informações e orientação sobre os procedimentos cobertos através de auditores clínicos, em sua sede administrativa.

8.17 A **CONTRATADA** poderá requisitar a qualquer tempo, diretamente dos cirurgiões-dentistas ou de quaisquer outros prestadores de serviço, todas as informações que julgue necessárias para elucidação de matérias relacionadas à utilização das coberturas. Nessas circunstâncias, responsabiliza-se pelo sigilo das informações obtidas.

CLÁUSULA NONA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

9.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

9.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal, integral ou pro-rata (conforme o caso), para cada beneficiário inscrito, definida como Taxa Mensal de Manutenção Per Capita, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** ao presente Contrato.

9.3 O valor da remuneração contratual - Taxa Mensal de Manutenção Per Capita, integral ou pro-rata (conforme o caso) - será discriminado em fatura emitida mensalmente, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

9.4 A quitação das faturas deverá ser efetuada conforme definido na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** do presente Contrato.

9.5 Os pagamentos deverão ser feitos até o dia pactuado na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** do presente Contrato, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou em dias que não haja expediente bancário, na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**, ou outras localidades também por ela indicadas, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

9.6 Se a **CONTRATANTE** não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 03 (três) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à **CONTRATADA**, que enviará nova cobrança.

9.7 A perda, extravio ou não recebimento do carnê ou outro instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

9.9 O pagamento antecipado das Taxas de Manutenção Per Capita não elimina nem reduz os períodos de carência deste contrato.

9.10 O pagamento dos valores devidos à **CONTRATADA** referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

9.11 No ato da assinatura deste Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** uma taxa de implantação, cujo valor será estabelecido na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** ao presente Contrato.

9.12 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da **CONTRATANTE**, será sempre incorporada, ao débito pendente, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

9.13 Do pagamento do Beneficiário

9.13.1 A **CONTRATANTE** é responsável pelo pagamento diretamente à **CONTRATADA**, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a **CONTRATANTE**.

9.13.2 A CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculados.

9.13.3 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

9.13.4 Após a quitação do débito do beneficiário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA – REAJUSTE

10.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

10.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

10.3 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao limite do índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 60% (sessenta por cento)

10.4 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

10.5 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

10.6 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de implantação e segunda via do Cartão de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

10.7 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FAIXAS ETÁRIAS

11.1 Não haverá variação na Taxa Mensal de Manutenção, sendo os valores definidos *per capita*, independente da idade do Beneficiário.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

12.1 Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular;

- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento, ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário;
- e) situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

12.1.1 Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

12.2 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo;
- b) perda da qualidade de Titular;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 12.1.1.

12.3 A CONTRATADA informará à CONTRATANTE os documentos comprobatórios a serem apresentados pela CONTRATANTE para exclusão dos beneficiários nas hipóteses acima mencionadas.

12.4 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

12.5 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

12.6 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – RESCISÃO

13.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/98, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;
- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste Contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo;
- e) No caso de decretação de falência, deferimento do processamento de pedido de recuperação judicial ou insolvência da parte CONTRATANTE.

13.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários, ficando abaixo do limite mínimo estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá à CONTRATANTE pagar o equivalente à média *per capita* das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

13.3 As partes acordam que, caso a CONTRATANTE atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias por período superior a 5 (cinco) dias sucessivos, o direito à cobertura e/ou reembolso do plano privado de assistência à saúde, objeto deste contrato, serão imediatamente suspensos para todos os beneficiários, independentemente de notificação.

13.4 Após o término do prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) meses de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

13.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) meses de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do maior valor entre:

- a) 20% (vinte por cento) do restante das parcelas de remuneração referentes ao(s) excluído(s); ou
- b) a diferença entre o valor apurado pelas utilizações do(s) excluído(s) no período (conforme Tabela de Referência praticada pela CONTRATADA com seus prestadores) e o valor das parcelas já pagas, referentes ao(s) excluído(s).

13.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

13.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

13.8 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar do Beneficiário Titular, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- b) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- c) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- d) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas odontológicas, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- e) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- f) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998.

14.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

14.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

14.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

14.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

14.6 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

14.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

14.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Implantação vigente à época.

14.9 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

14.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os CONTRATANTES.

14.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

14.12 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

14.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

14.14 A CONTRATADA desde já coloca à disposição dos Beneficiários, o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), com a finalidade de prestar informações, bem como solucionar eventuais divergências de natureza administrativa, que possam ocorrer, referentes aos serviços objeto do presente Contrato.

14.15 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os profissionais credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

14.16 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Tabela de Procedimentos São Francisco Odontologia, registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo sob o número 245248 para Reembolso Urgência e Emergência, quando for o caso, Indicador de Recursos e o Guia de Leitura Contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ELEIÇÃO DE FORO

15.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ribeirão Preto, 01 de abril de 2019.

DocuSigned by:
Geraldo Almeida Lima
BE1A6B9E50A34B8...

DocuSigned by:
Erik Johnson Lassner
86E5E6BCD5134C4...

SÃO FRANCISCO ODONTOLOGIA LTDA

CONTRATADA

DocuSigned by:
[Assinatura]
38471F05030F4BC...

BENEVIATÉ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

**CNPJ sob o nº 29.179.109/0001-10
CONTRATANTE**

Testemunha:

DocuSigned by:
Solange Mello
D1189A1E7211504DD...

Nome: Solange Mello
CPF: 273.310.078-58

Testemunha:

DocuSigned by:
Adriana Rubião
FB678D9AC3CD4F0...

Nome: Adriana Rubião
CPF: 384.341.758-00