



Plano Odontológico
Essencial Plus

GLC - Guia de Leitura Contratual **Contrato de Plano Odontológico**



Sorríden
Odontologia Preventiva. Saúde e Bem-Estar

Nome Comercial ANS: Essencial Plus

ANS - nº. 419524

Guia de Leitura Contratual

Contratação	Determina-se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Pág 01
Segmentação Assistencial	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano e sua segmentação assistencial, que neste contrato é categorizada como odontológica.	Pág 01
Área Geográfica de Abrangência e Atuação	Área em que a operadora de plano de odontologia se compromete a garantir todas as coberturas de assistência contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	Pág 01
Coberturas e Procedimentos Garantidos	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas que tem direito.	Pág 03

Exclusões de Coberturas	É o conjunto de procedimentos que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	Pág 04
Carências	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, esse período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	Pág 05
Vigência	Define o período em que vigorará o contrato.	Pág 05
Mecanismos de Regulação	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde odontológica.	Pág 06
Reajuste	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano odontológico saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário. Desde maio de 2005, os planos exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não dependem mais de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajustes, desde que esteja claro no contrato o índice que a operadora adota para o reajuste.	Pág 07

Rescisão/
Suspensão

A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato.
A suspensão descontinua a vigência do contrato.

Pág 08

Para informar-se sobre esses e outros detalhes do contrato,
o beneficiário deve contatar sua operadora.
Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS
pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque - ANS (0800-701-9656).
ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

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



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040

Rio de Janeiro – RJ

Disque - ANS 0800 701 9656

www.ans.gov.br

ouvidoria@ans.gov.br

sorriden.com.br

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM PLANOS ODONTOLÓGICOS que entre si fazem, de um lado, SORRIDEN CONVÊNIOS ODONTOLÓGICOS S.A., com sede na cidade de Barueri, na Alameda Rio Negro, 500 – Torre 2 – Conjunto 305 – Alphaville – CEP: 06454-000 – Estado de São Paulo - SP, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 19.304.091/0001-87 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 41.952-4, na modalidade Odontologia de Grupo, doravante denominada simplesmente OPERADORA, e, como contratante, o BENEFICIÁRIO TITULAR, que, juntamente com seus DEPENDENTES incritos, está devidamente identificado na PROPOSTA DE ADESÃO parte integrante deste Contrato, regendo-se pelas seguintes cláusulas e condições gerais e particulares:

PLANO
INDIVIDUAL
OU FAMILIAR

1. DADOS GERAIS

1. Qualificação do Contratante

1. O Beneficiário Titular, juntamente com seus dependentes, está identificado na Proposta de Adesão, que, com idêntica numeração, faz parte integrante deste Contrato, ressaltando-se que da mesma constam, obrigatoriamente, dentre outras, as seguintes informações:

- a) nome, data de nascimento e filiação (paterna e materna do Beneficiário Titular e materna dos dependentes);
- b) número de inscrição no CPF/MF do Beneficiário Titular;
- c) endereço completo do Beneficiário Titular.

1.2. Plano Contratado

1.2.1. Identificação – o Plano Contratado, com o seu **nome comercial** e **número de registro na ANS** a seguir indicado:

Nome Comercial	Registro ANS
ESSENCIAL PLUS	473.721/15-1

1.2.2. Tipo de Contratação – o regime de contratação do plano de saúde objeto deste Contrato é do tipo **Individual ou Familiar**.

1.2.3. Tipo de Segmentação Assistencial - As coberturas contratuais compreendem o tipo de segmentação assistencial **Odontológica**.

1.2.4. Área Geográfica de Abrangência – **Grupo de Municípios**.

1.2.4.1. Área de Atuação: clínicas credenciadas nos estados: AM, BA, CE, DF, ES, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PI, PR, RJ, RN, RS, SP:

AP	BA	CE	ES	GO
Macapá	Salvador	Fortaleza	Cariacica Serra Vila Velha Vitória	Aparecida de Goiânia Goiânia Rio Verde Senador Canedo
MA	MG	MT	PA	PI
São Luís	Barbacena Belo Horizonte Cataguases Juiz de Fora Muriaé Patrocínio do Muriaé	Varzea Grande	Parauapebas	Teresina
PR	RJ	RN	RS	SC
Colombo Maringá Umuarama	Belford Roxo Cabo Frio Duque de Caxias Niteroi Nova Friburgo Petrópolis Rio De Janeiro São Pedro da Aldeia Três Rios	Natal Parnamirim	Santa Maria	Itajaí Navegantes
SP				
Americana Aracatuba Araraquara Arujá Assis Atibaia Barretos Barueri Bauru Bragança Paulista Caçapava Caieiras Cajamar Campinas Caraguatatuba Carapicuíba Cotia Cubatão	Diadema Embu Embu-Guaçu Fernandópolis Ferraz de Vasconcelos Franca Francisco Morato Franco da Rocha Guaratinguetá Guarujá Guarulhos Hortolândia Indaiatuba Itanhaém Itapeerica da Serra Itapetininga	Itapevi Itaquaquecetuba Itu Jacareí Jandira Jundiaí Limeira Lorena Mairiporã Marília Mauá Mogi das Cruzes Mogi-Mirim Mongaguá Osasco Ourinhos Paulínia Peruíbe Pindamonhangaba Piracicaba	Poá Praia Grande Presidente Prudente Presidente Venceslau Ribeirão Pires Ribeirão Preto Rio Grande da Serra Salto Santana de Parnaíba Santo André Santos São Bernardo do Campo São Caetano do Sul São Carlos	São João da Boa Vista São José do Rio Preto São José dos Campos São Paulo São Roque São Vicente Sorocaba Sumaré Suzano Taboão da Serra Tatuí Taubaté Tietê Ubatuba Valinhos Votorantim

1.2.5. Formação do Preço - Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, **MISTO**.

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

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 a Assistência Odontológica.

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.

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.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

- a. o (a) cônjuge;
- b. o (a) companheiro (a), havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c. os (as) filhos (as) e enteados (as) solteiros (as) até 18 anos completos, não emancipados;
- d. os (as) filhos (as) solteiros (as) ou enteados (as) estudantes universitários até 24 anos completos, desde que devidamente comprovado;
- e. os (as) menores que, por determinação judicial, se encontrem sob a guarda e responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou sob sua tutela;
- f. filhos (as) comprovadamente incapaz(es).

Os menores de 18 (dezoito) anos de idade, somente poderão ser Beneficiários Titulares do Contrato quando possuir um responsável maior de idade que contrata o plano odontológico, podendo este não ser Beneficiário do Contrato.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS (DESPESAS COBERTAS)

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:

- A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos odontológicos de urgência e emergência, 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, visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde /10º Revisão - CID 10, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

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

4.1. Os procedimentos abaixo são obrigatoriamente submetidos ao regime de pré-pagamento sem incidência de mecanismo de regulação financeiro, ou seja, coparticipação ou franquias:

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS:

Consulta inicial

Exame histopatológico

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial

Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose

Imobilização dentária temporária

Recimentação de trabalho protético

Tratamento de alveolite

Colagem de fragmentos

Incisão e drenagem de abscesso extraoral

Incisão e drenagem de abscesso intraoral

Reimplante de dente avulsionado

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Atividade educativa (orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentifrícios e enxaguatórios);

Evidenciação de placa bacteriana; Fluoterapia;

4.2. Os demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde são submetidos ao regime de pós-pagamento.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

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;

V - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

VI – alterações bucais em decorrência de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

VII - procedimentos buco maxilares que necessitem de internação hospitalar, bem como os exames complementares solicitados para este fim;

VIII - 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; e

IX - procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

X Consultas domiciliares;

XI Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias.

6. DURAÇÃO DO CONTRATO (VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO)

Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, sendo esse o seu prazo de vigência mínima.

O início do prazo do contrato é contado a partir do pagamento da primeira mensalidade.

Findo o prazo de vigência mínima, o contrato se renovará automaticamente passando a vigorar por prazo indeterminado, sem que essa renovação implique no pagamento de qualquer taxa.

O beneficiário poderá denunciar o contrato com prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência, observado o prazo de vigência mínima.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Os beneficiários cumprirão os prazos de carência contados a partir da data do primeiro pagamento.

Os prazos de carência são de 24 (vinte e quatro) horas, após a contratação do Plano.

8. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

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

- I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;
- II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
- III - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;
- IV - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;
- V - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;
- VI - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- 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;
- IX - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;

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

DO REEMBOLSO

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

O beneficiário terá o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, devendo para tanto

apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

Recibo ou nota fiscal carimbados e assinados pelo profissional executante do serviço e do Raio-X inicial e final com boa qualidade de imagem (revelação) e tomada radiográfica para comprovação do(s) procedimento(s) realizado(s).

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.

9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede 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.

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 de odontologia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação.

Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede 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.

A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à CONTRATADA, assinada e datada pelo cirurgião-dentista ou médico assistente do caso, e assinada também pelo Beneficiário.

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.

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.

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.

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.

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

10. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Este contrato é regido pelo regime misto de pagamento, ou seja, o valor da contraprestação terá uma parcela estabelecida previamente, no sistema pré-estabelecido, e outra parcela pelo regime de pós-pagamento, que será estabelecida após a utilização dos serviços, quando houver.

Os valores previstos para a contraprestação fixa (regime pré-estabelecido) foram definidos com base nos preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência média de utilização desses serviços e o prazo contratual. O cálculo dos valores pós-estabelecidos obedecerá aos preços previstos na tabela referencial constante deste instrumento contratual.

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

Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

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

Qualquer tolerância ou concessão das partes será considerada mera liberalidade, não constituindo renovação, renúncia ou perda de quaisquer direitos adquirido pela outra parte.

Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

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

11. REAJUSTE DA MENSALIDADE

Preço Pré-estabelecido

Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, e dar-se-á mediante a aplicação do IGPM – FGV, ou, no caso de sua extinção, no índice que vier e substituí-lo. Não havendo índice que o substitua, será aplicado o IPCA.

Preço Pós-estabelecido

O reajuste da tabela de preços dos procedimentos sujeitos ao pós-pagamento, integrante deste contrato, dar-se-á mediante a aplicação do índice de preços desta cláusula, considerando, inclusive, os períodos de apuração e aplicação, previstos na mesma.

A referida tabela de preços poderá ainda ser reajustada, na mesma periodicidade acima prevista,

de acordo com a variação do preço dos procedimentos. Neste caso, o reajustamento deverá se dar de forma complementar ao previsto no item anterior.

As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido e serão enviadas aos beneficiários titulares do contrato.

12. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

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

A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

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

13. RESCISÃO DO CONTRATO

A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no *caput* se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

O CONTRATANTE terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o CONTRATANTE pagará multa de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 (doze) meses de vigência.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo(a) Contratante, o Cartão de Identificação (Aplicativo ou Portal), o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Odontológicos encaminhados via online e o Guia de Leitura Contratual (GLC) disponibilizado neste contrato.

A Operadora tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de prestadores em sua

Rede Credenciada, sendo que a operadora disponibiliza em seu Portal, no endereço www.sorriden.com.br, e na Central de Atendimento (SAC nº 0800 729 1714) as atualizações de sua rede credenciada.

São adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE / ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.

CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.

DEPENDENTE: beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

15. FORO

Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio da Contratante.