



Sorríden
Odontologia Preventiva. Saúde e Bem-Estar

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO ODONTOLÓGICO

Informações essenciais para contratação, ingresso e relacionamento com a operadora

Operadora	SORRIDEN CONVÊNIOS ODONTOLÓGICOS S.A.
CNPJ	19.304.091/0001-87
Registro na ANS	41952-4
Site	www.sorriden.com.br
Central de Atendimento	0800 000 5077

Versão regulatória: agosto de 2026

IMPORTANTE

Este manual foi elaborado com base na Resolução Normativa ANS nº 557/2022 e contém informações complementares sobre a RN nº 593/2023 (inadimplência) e a RN nº 623/2024 (atendimento ao beneficiário). Ele não substitui o contrato, o regulamento do produto, a proposta de adesão ou o Guia de Leitura Contratual.

1. Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos individuais ou familiares são contratados diretamente pelo beneficiário junto à operadora. O próprio beneficiário escolhe, entre os produtos disponíveis, as características do plano odontológico a ser contratado.

Os planos coletivos são contratados por uma pessoa jurídica. No coletivo empresarial, o ingresso decorre de vínculo empregatício, estatutário ou outro vínculo admitido pela regulamentação. No coletivo por adesão, o beneficiário deve possuir vínculo com associação, sindicato, conselho profissional ou entidade de classe legitimada.

Nos planos coletivos, as condições do contrato são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora, com participação ou não de administradora de benefícios. Antes de aderir, o beneficiário deve verificar cobertura, área de atuação, rede credenciada, carência, preço, reajuste e regras de permanência.

2. Carência

Carência é o período, contado a partir da data de início da vigência, durante o qual o beneficiário ainda não tem direito a determinadas coberturas. Os prazos efetivamente aplicáveis constam do contrato e podem ser menores ou dispensados pela operadora.

Modalidade	Regra geral	Ponto de atenção
Individual ou familiar	Pode haver carência, respeitados os limites legais: até 24 horas para urgência e emergência e até 180 dias para os demais procedimentos odontológicos.	Consulte a proposta e o contrato para conhecer os prazos do produto.
Coletivo empresarial com 30 ou mais participantes	Não pode ser exigida carência quando o pedido de ingresso for formalizado em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou da vinculação à pessoa jurídica contratante.	Fora da janela de 30 dias, podem ser aplicadas as carências previstas no contrato.
Coletivo empresarial com menos de 30 participantes	Pode haver exigência de carência nos limites legais e contratuais.	A quantidade considerada é a do grupo vinculado ao contrato, conforme a regulamentação.
Coletivo por adesão	Pode haver dispensa de carência no ingresso realizado nas janelas previstas pela regulamentação, inclusive no início do contrato e em período anual de adesão.	A elegibilidade e o prazo devem ser comprovados perante a pessoa jurídica contratante ou administradora.

PLANO EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO

Por se tratar de plano exclusivamente odontológico, não se aplicam ao produto as informações sobre padrão de acomodação hospitalar, doença ou lesão preexistente e cobertura parcial temporária previstas no modelo geral de planos médico-hospitalares.

3. Mecanismos de regulação

Antes da contratação, o beneficiário deve verificar se o produto possui coparticipação, franquia, autorização prévia, direcionamento para prestadores específicos, perícia ou junta odontológica. Quando existentes, essas regras devem estar descritas de forma clara no contrato e no regulamento do produto.

- Coparticipação: valor ou percentual pago pelo beneficiário em razão da utilização de determinado procedimento, quando previsto no produto.
- Franquia: valor até o qual o beneficiário participa do custo assistencial, quando prevista no contrato.
- Autorização prévia: análise realizada antes de determinados procedimentos, sem afastar o dever de resposta e de garantia de atendimento nos prazos regulatórios.
- Junta odontológica: mecanismo utilizado quando houver divergência técnico-assistencial, observadas as regras específicas da ANS.

4. Reajuste e variação da mensalidade

Planos individuais ou familiares	Planos coletivos
Nos produtos exclusivamente odontológicos, o reajuste anual não depende de autorização prévia da ANS. O contrato deve prever, de forma clara, o índice de preços divulgado por instituição externa que será utilizado. A aplicação deve respeitar a periodicidade anual.	O reajuste anual é definido conforme o contrato ou a negociação entre as partes contratantes. Não depende de autorização prévia da ANS, mas é monitorado pela Agência. A periodicidade não pode ser inferior a 12 meses, contados da celebração do contrato ou do último reajuste.

A mensalidade também pode variar por mudança de faixa etária quando essa regra estiver prevista no produto e no contrato, observadas as faixas e os percentuais autorizados pela regulamentação.

5. Rede credenciada e acesso aos serviços

A rede credenciada é o conjunto de cirurgiões-dentistas, clínicas e serviços habilitados para atender o produto. Antes da contratação, o beneficiário deve consultar a rede disponível para o município ou região de interesse e confirmar se o prestador atende o produto específico.

Alterações na rede devem ser informadas conforme a regulamentação. A operadora deve manter rede suficiente e adequada à área de abrangência do produto, assegurando alternativa assistencial quando necessário.

6. Vigência e renovação

Nos planos individuais ou familiares, a vigência mínima é de 12 meses, com renovação automática, sendo vedada a cobrança de taxa de renovação. Nos planos coletivos, a vigência é definida no contrato celebrado com a pessoa jurídica contratante, observadas as regras regulatórias e contratuais aplicáveis.

7. Rescisão, suspensão e exclusão

As hipóteses de rescisão, suspensão e exclusão devem estar previstas no contrato e observar a Lei nº 9.656/1998 e as normas da ANS. A operadora não pode utilizar essas medidas como forma de seleção de risco ou por motivo relacionado ao estado de saúde do beneficiário.

7.1 Planos individuais ou familiares

A suspensão ou a rescisão unilateral pela operadora somente pode ocorrer nas hipóteses legalmente admitidas, especialmente fraude ou inadimplência, com prévia notificação e respeito ao devido procedimento.

7.2 Nova regra de inadimplência — RN ANS nº 593/2023

REGRA CENTRAL

Para contratos regulamentados ou adaptados à Lei nº 9.656/1998 em que o beneficiário paga a mensalidade diretamente à operadora ou à administradora de benefícios, a exclusão ou rescisão por inadimplência exige o não pagamento de pelo menos duas mensalidades, consecutivas ou não, além de notificação comprovada e concessão de prazo para pagamento.

- A notificação deve ser realizada até o 50º dia de inadimplência como requisito para a rescisão ou exclusão, assegurando prazo de 10 dias para quitação do débito.
- Uma única mensalidade não paga, ainda que permaneça em atraso por 60 dias, não autoriza a rescisão ou exclusão por inadimplência.
- Os dias de atraso de mensalidades que já foram quitadas não são contabilizados para a rescisão ou exclusão.
- Falha de cobrança atribuível à operadora, como ausência de boleto ou erro no débito, não pode ser usada para fundamentar a exclusão ou rescisão.
- O não pagamento de coparticipação ou franquia cobrada separadamente da mensalidade não autoriza a rescisão ou exclusão por inadimplência.
- A notificação poderá ocorrer pelos meios previstos na regulamentação e no contrato, com comprovação da ciência ou das tentativas realizadas.

7.3 Planos coletivos

Nos contratos coletivos em que a pessoa jurídica contratante é responsável pelo pagamento à operadora, as condições de rescisão por inadimplência devem estar previstas no contrato e se aplicam ao vínculo coletivo como um todo. A exclusão individual deve observar a solicitação da pessoa jurídica contratante, a perda de elegibilidade, fraude ou demais hipóteses legais e contratuais.

Quando o beneficiário de plano coletivo paga a mensalidade diretamente à operadora ou à administradora de benefícios, aplicam-se as garantias de notificação previstas na RN nº 593/2023 para eventual exclusão individual.

8. Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

O titular e seus dependentes podem ser excluídos quando houver perda do vínculo que autorizou o ingresso no plano, por exemplo, término do vínculo empregatício, estatutário, associativo ou sindical, desde que observadas as regras contratuais e os direitos de permanência previstos em lei.

9. Direitos de demitidos e aposentados — artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998

Nos planos coletivos empresariais, o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa e o aposentado podem ter direito à manutenção no plano quando contribuíram para o custeio da mensalidade, assumem o pagamento integral e atendem aos demais requisitos legais.

Situação	Prazo de opção	Tempo de permanência
Demitido ou exonerado sem justa causa	Até 30 dias após a comunicação do empregador sobre o direito.	Equivalente a 1/3 do período em que contribuiu para o plano, com mínimo de 6 meses e máximo de 24 meses.
Aposentado com contribuição por 10 anos ou mais	Até 30 dias após a comunicação do empregador sobre o direito.	Pode permanecer enquanto o benefício for oferecido aos empregados ativos e não houver novo emprego que dê acesso a plano.
Aposentado com contribuição inferior a 10 anos	Até 30 dias após a comunicação do empregador sobre o direito.	Um ano de permanência para cada ano de contribuição, nas condições legais.

O direito se estende ao grupo familiar inscrito, conforme a legislação. Em caso de novo emprego que possibilite acesso a plano de saúde, o direito de permanência pode ser encerrado.

10. Migração e portabilidade de carências

Quando o benefício coletivo empresarial for extinto, pode existir direito de contratação de plano individual ou familiar da mesma operadora sem cumprimento de novas carências, desde que a operadora comercialize essa modalidade e o beneficiário formalize a contratação no prazo previsto pela regulamentação.

O beneficiário também pode avaliar a portabilidade de carências para outro plano compatível, observadas as regras vigentes da ANS. A análise deve ser feita antes da perda do prazo aplicável à situação.

11. Cobertura e segmentação assistencial

O plano exclusivamente odontológico assegura as coberturas previstas no contrato e, no mínimo, os procedimentos odontológicos obrigatórios do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS aplicáveis ao produto. Coberturas adicionais podem ser oferecidas pela operadora e devem constar expressamente do contrato.

O beneficiário deve verificar os procedimentos cobertos, eventuais diretrizes de utilização, exclusões permitidas pela legislação, regras de autorização e mecanismos de regulação.

12. Abrangência geográfica e área de atuação

A abrangência geográfica indica o território em que a operadora se compromete a garantir a cobertura contratada. Pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

A área de atuação é a identificação nominal dos estados ou municípios que integram a abrangência do produto. Essas informações devem constar de forma clara no contrato e no registro do produto.

13. Administradora de benefícios

A administradora de benefícios pode participar da contratação e da gestão de planos coletivos, atuando em atividades como apoio à pessoa jurídica contratante, movimentação cadastral, cobrança e relacionamento com os beneficiários, conforme o contrato e a regulamentação.

Quando a administradora realizar a cobrança diretamente do beneficiário, ela também será responsável pelas comunicações relativas à inadimplência, nos termos da RN nº 593/2023.

14. Documentos que devem ser disponibilizados

- Contrato ou regulamento do produto, com as condições de cobertura, utilização, preço, reajuste, vigência e rescisão.
- Manual de Orientação para Contratação, entregue antes da assinatura ou do ingresso no plano, conforme a modalidade.
- Guia de Leitura Contratual, com indicação das cláusulas e páginas relevantes do contrato.
- Cartão de identificação do beneficiário e informações para acesso à rede credenciada e aos canais da operadora.

FIQUE ATENTO

O Manual de Orientação e o Guia de Leitura Contratual facilitam a compreensão do plano, mas não substituem a leitura integral do contrato e do regulamento do produto.

15. Atendimento ao beneficiário — RN ANS nº 623/2024

Desde 1º de julho de 2025, as solicitações assistenciais e não assistenciais devem ser tratadas com transparência, clareza, segurança, rastreabilidade, cortesia e resolutividade. Os canais devem ser integrados para permitir o acompanhamento da demanda.

15.1 Protocolo e acompanhamento

- Sempre que o beneficiário apresentar solicitação assistencial ou não assistencial, deve ser fornecido número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento, independentemente do canal utilizado.
- O protocolo deve permitir a rastreabilidade da solicitação. A abertura de contato em outro canal não reinicia o prazo de análise da mesma demanda.
- O beneficiário deve ter acesso ao andamento da solicitação por meio virtual indicado pela operadora, sem prejuízo do atendimento telefônico.

15.2 Respostas e negativas

- As respostas devem ser claras, conclusivas e adequadas ao pedido. Não são admitidas respostas genéricas como “em análise” ou “em processamento” após o prazo regulatório de resposta.
- Solicitações não assistenciais relacionadas ao contrato devem receber decisão conclusiva no prazo regulatório aplicável, atualmente de até 7 dias úteis, sem prejuízo de prazo menor previsto em norma específica.
- Negativas de cobertura devem ser reduzidas a termo, apresentar a justificativa de forma detalhada e informar os meios para reanálise e acesso à Ouvidoria.
- Os prazos de resposta não substituem os prazos máximos para efetiva garantia do atendimento previstos na regulamentação da ANS.

15.3 Urgência e emergência odontológica

ORIENTAÇÃO 24 HORAS

Operadoras exclusivamente odontológicas devem estruturar canal telefônico para orientação sobre garantia de acesso a serviços e procedimentos de urgência e emergência durante 24 horas por dia, 7 dias por semana. Para operadoras odontológicas com menos de 500 mil beneficiários, a opção humana durante todo o período pode ser substituída por meio eletrônico nessas demandas.

16. Canais da Sorriden

Central de Atendimento	0800 000 5077
Site	www.sorriden.com.br
Registro na ANS	41952-4

17. Orientações finais

- Leia o contrato e o regulamento antes de assinar a proposta ou confirmar a adesão.
- Confira o número de registro da operadora e do produto na ANS.
- Verifique a rede credenciada, a área de atuação, os procedimentos cobertos, as carências e os mecanismos de regulação.
- Mantenha telefone, e-mail e endereço atualizados para receber comunicações, inclusive notificações de inadimplência.
- Guarde protocolos, documentos, comprovantes e comunicações realizadas com a operadora ou administradora.

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

Em caso de divergência ou necessidade de detalhamento, prevalecem a legislação vigente, as normas da ANS, o contrato registrado e o regulamento do produto. Para informações sobre o plano, contate a Sorrident pelo 0800 000 5077. Permanecendo dúvidas, consulte a ANS pelo portal gov.br/ans ou pelo Disque ANS 0800 701 9656.