



**Bradesco**  
Dental

DCMS

P.A. N.º  
628/21

Fermo N.º  
18/2021

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA  
ODONTOLÓGICA  
BRADESCO DENTAL  
COLETIVO EMPRESARIAL – PRÉ-PAGAMENTO**

Contrato N.º 6944328

Contratante: COMPANHIA PETROPOLITANA DE TRANSITO E TRANSPORTES

**CONDIÇÃO PARTICULAR N.º**

Pela presente condição fica acordado entre a Odontoprev S/A e o Contratante em referência, o que segue:

1. Resolvem as partes alterar o item 2.6. das Condições Gerais do presente Contrato para o quanto segue, permanecendo inalterados todos os demais itens e subitens não expressamente alterados pela presente Condição Particular:

**2.6. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.** São considerados Beneficiários Dependentes o cônjuge ou companheiro(a) do Beneficiário Titular, conforme legislação vigente, bem como os filhos(as), enteados(as) ou tutelados(as), dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R., e que sejam solteiros com até 24 (vinte e quatro) anos de idade.

**2.6.1. BENEFICIÁRIO AGREGADO.** São considerados Beneficiários Agregados os indivíduos que possuam com o Beneficiário Titular relação de parentesco até o terceiro grau consanguíneo ou até o segundo grau por afinidade, desde que devidamente contratado na Proposta Mestra.



**Bradesco**  
Dental

- 2.6.2. Todas as disposições do presente Contrato aplicáveis aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, inclusive as constantes na Proposta Mestra, aplicam-se também aos BENEFICIÁRIOS AGREGADOS, no que for aplicável."
2. Acordam as partes que a alteração plano(s) em epígrafe tem vigência a partir de 04/11/2021.
3. Todas as demais cláusulas não abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Barueri/SP, 04/11/2021.

---

ASSINATURA ODONTOPREV S.A.

---

ASSINATURA DO CONTRATANTE SOB CARIMBO

30.240.238/0001-55  
COMPANHIA PETROPOLITANA  
DE TRÂNSITO E TRANSPORTES  
RUA ALBERTO TORRES, 115 - CENTRO  
CEP 25.610-060  
PETRÓPOLIS - RJ

50

**ANS - nº 301949**Odontoprev - CRO/SP nº 2728  
RT. J. M. Benozatti - CRO/SP nº 19009**Bradesco Dental SPG - 03 a 199 BENEFICIÁRIOS (não conjugado)  
Anexo da Proposta Mestre de Contrato de Operação de Plano  
Privado de Assistência Odontológica**

Operadora <b>Odontoprev S.A.</b>	Código <b>005</b>	CNPJ <b>58.119.199/0001-51</b>
Sucursal <b>666</b>	Código	Número do Estudo

**01. Dados do Contratante**

Nome do Contratante <b>COMPANHIA PETROPOLITANA DE TRANSITO E TRANSPORTES</b>	CNPJ <b>30.240.238/0001-55</b>		
Logradouro <b>R ALBERTO TORRES</b>	Nº <b>115</b>	Complemento	
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>PETROPOLIS</b>	U.F. <b>RJ</b>	CEP <b>25.610-060</b>

**02 - Forma de Pagamento**

<input type="checkbox"/> Débito Automático <input checked="" type="checkbox"/> Camé	BANCO (Nº/NOME)	AGÊNCIA (CÓD/DIG)	NOME DA AGÊNCIA	CONTA-CORRENTE
-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-------------------	-----------------	----------------

**03 - Categorias Funcionais**

<input checked="" type="checkbox"/> Funcionários	<input type="checkbox"/> Sócios e Diretores	<input type="checkbox"/> Estagiários	<input type="checkbox"/> Menor Aprendiz	<input type="checkbox"/> Contratado Temporário
<input checked="" type="checkbox"/> Com Dependentes	<input type="checkbox"/> Com Dependentes	<input type="checkbox"/> Com Dependentes	<input type="checkbox"/> Com Dependentes	<input type="checkbox"/> Com Dependentes

**04 - Condições Particulares**

1. A data de início de vigência do Contrato de Plano Odontológico coincidirá com a data de quitação do CCB -Crédito Conciliado Bancário;
2. O plano Padrão (DOC) possui fator de reembolso 1x a Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora. O plano Premium Top possui fator de reembolso 1x, 3x, 4x e 5x a Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora e será aplicado contratação descrita na tabela de Beneficiários Ativos e Dependentes Legais- Planos Contratados;
3. Esta Proposta contempla os procedimentos previstos no "Rol de Procedimentos Odontológicos" editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
4. O Contrato somente será implantado com inclusão compulsória dos funcionários, outros vínculos admitidos e respectivos dependentes, se houver. Poderá ser exigida comprovação através da apresentação de relação atualizada do FGTS e relação do grupo de Beneficiários de cada plano;
5. No caso do Contrato incluir Dependentes, esses deverão possuir a seguinte elegibilidade: cônjuge ou companheiro(a); filhos solteiros - naturais adotivos ou enteados - com até 29 (vinte e nove) anos de idade e filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda;
- 5.1. O padrão de Plano de Benefícios Odontológicos escolhido deverá ser o mesmo para os Titulares e seus Dependentes;
6. No caso do contrato incluir Agregados, esses deverão possuir a seguinte elegibilidade: indivíduos que possuam com o titular relação de parentesco até o terceiro grau consanguíneo ou até o segundo grau por afinidade, a seguir elencados: pai, mãe, avós, netos(as), bisavós, bisnetos(as), irmãos(ãs), tios(as), sobrinhos(as), sogro(a), cunhados(as) e filhos(as) que não mais se enquadrem na condição de "Beneficiários Dependentes";
- 6.1. O padrão de Plano de Benefícios Odontológicos escolhido deverá ser o mesmo para os Titulares e seus Agregados;
7. A inclusão dos Beneficiários Titulares, Dependentes e Agregados, se houver, será realizada na data de implantação do Contrato ou em até 30 (trinta) dias imediatamente após a admissão ou a data do evento que os tornam elegíveis, por meio da apresentação de comprovantes tais como: Registro de Admissão, Certidão de Nascimento, Casamento ou Adoção;

Local e data

**SÃO PAULO 04/11/2021**

Responsável pela elaboração da proposta comercial

**FABIO**

Cometura

**FC CARVALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA - CPD: 489096**

Assinatura da Contratante

Assinatura do Corretor

**FC CARVALHO CORRETORA DE SEGUROS EIRELI**  
SU/SFP 262062791

**ANS - nº 301949**Odontoprev - CRO/SP nº 2728  
RTI L. M. Benozatti - CRO/SP nº 19009**Bradesco Dental SPG - 03 a 199 BENEFICIÁRIOS (não conjugado)  
Anexo da Proposta Mestre de Contrato de Operação de Plano  
Privado de Assistência Odontológica**

Operadora <b>Odontoprev S.A.</b>	Código <b>005</b>	CNPJ <b>58.119.199/0001-51</b>
Sucursal <b>666</b>	Código	Número do Estado
<b>04- Condições Particulares</b>		

- 7.1. Os Beneficiários incluídos após os períodos estabelecidos no item 7 terão carências de 90 (noventa) dias em todos os procedimentos cobertos, exceto Prótese e Ortodontia, cuja carência será de 180 (cento e oitenta) dias, quando contratadas essas coberturas e exceto nos casos de Urgência e Emergência para os quais não há carências;
8. A vigência do Contrato de Plano Odontológico será de 24 (vinte e quatro) meses, renovada automaticamente por períodos anuais;
9. Caso ocorra o cancelamento do Contrato por iniciativa do Contratante antes de completar o prazo definido de 24 (vinte e quatro) meses, haverá multa equivalente a 5 (cinco) vezes o valor da última fatura paga;
10. O reajuste anual da contribuição mensal decorrerá do resultado da acumulação dos índices apurados conforme cláusulas de Reajuste Financeiro da contribuição mensal e de Reajuste por Sinistralidade. A periodicidade do reajuste da contribuição mensal é anual, incidindo no aniversário do Contrato, relativo à data-base, salvo quando vigorar prazo diverso estabelecido em legislação aplicável;
11. Fica estabelecido em 0.7 o fator variável mencionado nas Condições Gerais do Contrato;
12. A Operadora poderá rejeitar a formalização do Contrato, caso as declarações assinadas pelo Contratante ou seu representante legal estejam incompletas ou inexatas, conforme previsto nas Condições Gerais do Contrato;
13. Vencimento da Fatura: ocorre mensalmente no mesmo dia de quitação do CCB;
14. Não será cobrada taxa para emissão da 1ª via do Cartão de identificação, sendo cobrada uma taxa de R\$ 5,00 caso seja solicitada a emissão de 2ª via;
15. Proposta válida por 60 (sessenta) dias da data de emissão;
16. Após a vigência do período de 24 (vinte e quatro) meses, o Contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

A relação atualizada de prestadores odontológicos que compõem a rede referenciada está disponível no Portal da Bradesco Dental na internet ([bradescodental.com.br](http://bradescodental.com.br)) ou nos canais de atendimento.

Local e data

SÃO PAULO 04/11/2021

Responsável pela elaboração da proposta comercial

FABIO

Corretora

FC CARVALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA - CPD: 489096

Assinatura da Contratante

Assinatura do Corretor

FC CARVALHO CORRETORA DE SEGUROS EIRELI

01/SEP/2020 02:21

52/1/21

**ANS - nº 301949**OdontoPrev - CRC/SP nº 2728  
RT: J. M. Benozatti - CRC/SP nº 19009**Bradesco Dental SPG - 03 a 199 BENEFICIÁRIOS (não conjugado)  
Anexo da Proposta Mestre de Contrato de Operação de Plano  
Privado de Assistência Odontológica**

Operadora <b>Odontoprev S.A.</b>	Código <b>005</b>	CNPJ <b>58.119.199/0001-51</b>
Sucursal <b>666</b>	Código	Número do Estado

Beneficiários Ativos e Dependentes Legais						
Plano		Número de Beneficiários	% Coparticipação	Contribuição Mensal	Total Fatura	Tipo de Contrato
<b>Padrão DOC</b>	Registro ANS 443.079/03-4	117	SEM FATOR MODERADOR	R\$ 13,00	R\$ 1.521,00	
<b>Premium Top - TN1D (1x tabela)</b>	Registro ANS 471.623/14-0	0	SEM FATOR MODERADOR	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
<b>Premium Top - TN3D (3x tabela)</b>	Registro ANS 471.623/14-0	0	SEM FATOR MODERADOR	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
<b>Premium Top - TN4D (4x tabela)</b>	Registro ANS 471.623/14-0	0	SEM FATOR MODERADOR	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
<b>Premium Top Mais (5x tabela)</b>	Registro ANS 484.760/20-1	0	SEM FATOR MODERADOR	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
<b>Total</b>		<b>117</b>			<b>R\$ 1.521,00</b>	

**DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE**

O Contratante propõe à Operadora a realização deste Contrato, com base nas declarações anteriores, assumindo o compromisso de prestar-lhe todas as informações sobre aqueles que pretende incluir no Contrato – empregados e demais vínculos admitidos -, bem como, se for o caso, sobre os respectivos dependentes, declarando que os mesmos enquadram-se perfeitamente na definição de grupo elegível constante dessa proposta de Contrato e das condições gerais do Contrato. Responsabiliza-se, ainda, pelas informações prestadas, sujeitando-se às sanções legais aplicáveis;

O Contratante declara que está de pleno de acordo com as Condições Gerais do Contrato, as quais são do seu pleno conhecimento, comprometendo-se a comunicar à Operadora quaisquer ocorrências que possam ensejar a descaracterização do grupo elegível.

O Contratante se compromete ainda, a qualquer tempo, por solicitação da Operadora, a encaminhar em até 5 (cinco) dias úteis toda a documentação que dá suporte à elegibilidade dos empregados, dentre as quais as relativas ao FGTS, e de seus dependentes.

Declara que o Plano de Benefícios Odontológicos está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de seu interesse sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizada pelo Banco



**ANS - nº 301949**

OdontoPriv - CRO/SP nº 2728  
RT: J. M. Benozatti - CRO/SP nº 19009

**Bradesco Dental SPG - 03 a 199 BENEFICIÁRIOS (não conjugado)  
Anexo da Proposta Mestre de Contrato de Operação de Plano  
Privado de Assistência Odontológica**

Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

O contratante declara ter ciência da relação contendo as substituições de prestadores ocorridas na rede credenciada nos últimos 180 (cento e oitenta) dias poderá ser consultada no portal da CONTRATADA (bradescodental.com.br) ou na sua Central de Relacionamento.

O Contratante declara ter recebido nesta data, e previamente à assinatura da presente proposta, o documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS.

Caso a proposta seja aceita, o Contratante se compromete a entregar ao Beneficiário Titular:

- a) anteriormente à sua inclusão no Plano de Benefícios Odontológicos, o documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;
- b) juntamente com o Cartão de Identificação o documento denominado Guia de Leitura Contratual - GLC; e
- c) sempre que solicitado pelo Beneficiário Titular, cópia das Condições Gerais do Contrato.

Local e data

SÃO PAULO 04/11/2021

Responsável pela elaboração de proposta comercial

Assinatura da Contratante

FABIO

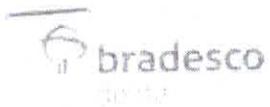
Assinatura do Corretor

Corretora

FC CARVALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA - CPD. 489096

FC CARVALHO CORRETORA DE SEGUROS EIRELI  
RJSE P. 202062781

54



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA  
ODONTOLÓGICA - BRADESCO DENTAL  
COLETIVO EMPRESARIAL - PRÉ-PAGAMENTO**

---

010 - 011.010      VIA CONTRATO, a 04 de dezembro de 2014, BRADESCO DENTAL  
SAC - Central de Atendimento 0800 603 3001 - Ouvidoria 0800 772 9974  
CNPJ - 06.908.846/0001-00 - Inscrição Estadual - 010 2494 114 - 0411/196-14 - Rua Bradesco, 1000 - São Paulo - SP - 05001-900

**ANS - nº 30194-9**

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA  
ODONTOLÓGICA - BRADESCO DENTAL  
COLETIVO EMPRESARIAL - PRÉ-PAGAMENTO**

**Condições Gerais**

1. OBJETO DO CONTRATO .....	3
2. DEFINIÇÕES .....	3
3. COBERTURAS DO CONTRATO .....	8
4. DESPESAS NÃO COBERTAS .....	8
5. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO .....	10
6. REEMBOLSO .....	11
7. FATOR DE REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS (FRn) .....	12
8. CARÊNCIA.....	13
9. CO-PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (FATOR MODERADOR) .....	13
10. AUDITORIA ODONTOLÓGICA .....	13
11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA.....	14
12. FORMALIZAÇÃO DO CONTRATO .....	14
13. ALTERAÇÃO DE CONTRATO .....	15
14. RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE .....	15
15. CUSTEIO DO PLANO.....	16
16. PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL .....	23
17. REAJUSTE FINANCEIRO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL .....	24
18. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE .....	24
19. INCIDÊNCIA DO REAJUSTE DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL .....	26
20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO .....	26
21. CANCELAMENTO DO CONTRATO .....	27
22. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	28

58  
*[Handwritten signature]*

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA  
ODONTOLÓGICA –  
BRADESCO DENTAL  
COLETIVO EMPRESARIAL - PRÉ-PAGAMENTO**

Número de Registro da Odontoprev S.A. na ANS: 30.194-9

Tipo de Segmentação: Odontológico

Regime de Contratação: Coletivo Empresarial

Tipo de vínculo do Beneficiário: Com vínculo empregatício ativo e inativo

Formação do preço: Pré-estabelecido

Abrangência: Nacional

**Condições Gerais**

**1. OBJETO DO CONTRATO**

11. Nos termos e limites deste instrumento jurídico, este Contrato tem o objetivo de garantir a prestação continuada da assistência odontológica ao Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes incluídos no Contrato para o tratamento de todas as doenças de natureza odontológica relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), no que se refere à saúde bucal, observando o disposto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, e obedecido ao Rol de Procedimentos Odontológicos, previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento, ou ato que vier a substituí-la, mediante o reembolso ou pagamento direto ao prestador credenciado.

12. Alternativamente ao regime de reembolso e objetivando facilitar a utilização do Plano de Benefícios Odontológicos, a Operadora disponibilizará uma lista de profissionais e instituições credenciados que, por opção dos Beneficiários, poderá ser utilizada, sendo o pagamento das despesas cobertas efetuado diretamente pela Operadora ao prestador de serviços credenciado, por conta e ordem do Beneficiário.

13. Trata-se de contrato de plano privado de assistência odontológica, regido pelo Código Civil Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor e pela Lei n.º 9.656/98 e suas regulamentações. O Contrato é de adesão, bilateral e aleatório, independentemente de sua utilização.

**2. DEFINIÇÕES**

21. Operadora

58  


É a Odontoprev S/A, Operadora de Planos de Benefícios de Assistência Odontológica, com sede na cidade de Barueri, no Estado de São Paulo, na Av. Marcos Pentead de Ulhôa Rodrigues, 939 – 14 º andar - Edifício Jatobá - Tamboré - Barueri - SP - CEP: 06460-040, inscrita no CNPJ sob o nº 58.119.199/0001-51 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o número 30.194-9, e que assume os riscos das garantias objeto deste Contrato, nos termos destas Condições Gerais.

## 22. Contratante

É a pessoa jurídica, que contrata o Plano de Benefícios Odontológicos com a Operadora para a população delimitada e a ela vinculada por relação empregatícia ou estatutária, cuja qualificação (razão social, CNPJ e endereço) consta na Proposta Comercial, parte integrante do presente Contrato.

**22.1.** Mediante solicitação e, desde que aprovado pela Operadora poderá(ão) figurar como Contratante(s) pessoa(s) jurídica(s) que se reúna(m) para contratar este Plano de Benefícios Odontológicos, nos termos do art. 23 da Resolução Normativa - RN nº 195/09, com o respectivo ajuste contratual.

## 23. Grupo Elegível

**23.1.** É o conjunto de pessoas que mantém vínculo de natureza empregatícia ou estatutária, devidamente comprovado com o Contratante, bem como seus Dependentes, se houver. A constituição e a inclusão dos componentes do grupo elegível obedecerão às regras a seguir definidas:

- o grupo de beneficiários inscritos deve ser constituído por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 199 (cento e noventa e nove) pessoas dentre as que se enquadrem na definição de Beneficiário Titular e Beneficiário Dependente;
- o grupo elegível deve estar devidamente caracterizado na Proposta Comercial;
- não será admitida a inclusão de qualquer pessoa, como Titular ou Dependente, que não faça parte do grupo elegível definido na Proposta Comercial; e
- estarão habilitados à inclusão no grupo elegível todos os proponentes a Beneficiários Titulares, inclusive os que estiverem afastados de suas atividades profissionais junto ao Contratante, quando do preenchimento da Proposta Comercial.

**23.2.** O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do Beneficiário Titular no Plano de Benefícios Odontológicos.

**23.3.** Não haverá qualquer impedimento à participação do Beneficiário em razão de idade ou condição de portador de deficiência. Tampouco serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para a vinculação ao Contratante.

## 24. Beneficiários

São Beneficiários o Titular e/ou seus Dependentes efetivamente incluídos no Plano de Benefícios Odontológicos, conforme caracterizado no grupo elegível.

## 25. Beneficiário Titular

58  


Como Beneficiário Titular poderão ser incluídas as pessoas adiante descritas que tenham relação devidamente comprovada com o Contratante, conforme definido em "grupo elegível", desde que previsto na Proposta Comercial:

- a) empregados;
- b) sócios com poderes de gestão;
- c) administradores;
- d) diretores estatutários;
- e) diretores com vínculo empregatício;
- f) agentes políticos;
- g) trabalhadores temporários; e
- h) estagiários e menores aprendizes.

#### 26. Beneficiário Dependente

Poderão ser incluídas como Beneficiários Dependentes as seguintes pessoas, que mantenham relação com o Beneficiário Titular, mediante a comprovação das condições adiante indicadas e da sua dependência econômica, desde que não conflitem com a legislação vigente à época da contratação:

- a) cônjuge;
- b) companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) filhos solteiros (naturais e adotivos) com até 21 anos ou, se estudantes universitários, até 24 anos;
- d) filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Beneficiário Titular.

#### 27. Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

É o documento formal e legal que efetiva a contratação do Plano de Benefícios Odontológicos, com base nas informações prestadas na Proposta Comercial pelo Contratante, nos termos das Condições Gerais, que são as disposições contratuais que, juntamente com a Proposta Comercial, fazem parte integrante do Contrato.

#### 28. Planos

É o conjunto de coberturas, múltiplos de reembolso e co-participação escolhidos pelo Contratante, para cada grupo elegível, quando da assinatura da Proposta Comercial. Os Planos diferenciam-se pelo valor do limite máximo de reembolso previsto na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora e pelo elenco de coberturas contratadas, de acordo com as condições definidas na Proposta Comercial.

#### 29. Proposta Comercial

É o documento formal e legal a ser preenchido pelo Contratante e entregue à Operadora, juntamente com os "Termos de Opção" do grupo elegível, sendo parte integrante do(s) Plano(s) de Benefícios Odontológicos contratado(s).

#### 210. Termo de Opção

53  


É o documento legal preenchido pelo proponente a Beneficiário Titular, contendo as suas informações e as de seus Dependentes a serem incluídos no Plano de Benefícios Odontológicos contratado.

**2.10.1.** A critério do Contratante, e mediante a concordância da Operadora, as informações poderão ser transmitidas por meio de arquivo magnético, sem prejuízo do disposto nos subitens abaixo.

**2.10.2.** As informações deverão ser completas e verdadeiras, de forma a permitir o cadastramento correto dos dados na Operadora.

**2.10.3.** É fundamental que todas as informações sobre o Beneficiário Titular e seus Dependentes, bem como do grupo elegível a que pertencem, sejam perfeitamente corretas, ficando os mesmos sujeitos às sanções legais, nos casos de dolo, de conformidade com a legislação vigente.

#### **211. Rede Credenciada da Operadora**

É a relação de prestadores de serviços odontológicos, das mais variadas especialidades (cirurgiões-dentistas e clínicas), que integram a Rede Credenciada da Operadora, colocada à disposição do Contratante, que a fará chegar aos Titulares do grupo de Beneficiários e que também poderá ser consultada pela Internet, no site [www.bradescodental.com.br](http://www.bradescodental.com.br).

#### **212. Cartão de Identificação Bradesco Dental**

É o cartão emitido pela Operadora, para utilização individual e personalizada do Beneficiário, sempre que este recorra a cirurgiões-dentistas e estabelecimentos odontológicos credenciados, e que servirá para identificá-lo, facilitando o atendimento e dispensando-o do pagamento dos serviços cobertos pelo Plano de Benefícios Odontológicos, quando o prestador de serviços fizer parte da Rede Credenciada da Operadora

**2.12.1.** O Cartão de Identificação deverá ser apresentado pelo Beneficiário juntamente com o seu documento de identidade ou o do responsável, se aquele for menor de idade.

#### **213. Evento**

É a ocorrência de natureza aleatória capaz de, por si só e independentemente da vontade do Beneficiário, causar-lhe, ou a qualquer dos Dependentes incluídos no Plano de Benefícios Odontológicos, a necessidade efetiva de um ou mais atendimentos odontológicos.

#### **214. Emergência**

Entende-se como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico,

com risco imediato à vida do paciente e/ou de lesões irreparáveis a este, caracterizado em declaração de médico ou profissional odontólogo assistente.

**215. Urgência**

Entende-se como casos de urgência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica para supressão da dor intensa e/ou estancamento de processos hemorrágicos.

**216. Contribuição Mensal**

É a importância que o Contratante se obriga a pagar à Operadora, mensal e antecipadamente, para que os Beneficiários tenham direito às coberturas previstas no Plano contratado.

**217. Carência**

É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Beneficiário no Plano, durante o qual o Beneficiário não goza do direito às coberturas que estejam sujeitas a carência no padrão de Plano de Benefícios Odontológicos contratado.

**218. Co-participação (Fator Moderador)**

É a parte efetivamente paga pelo Beneficiário referente à realização do procedimento, nos termos da Resolução CONSU n.º 08, publicada pela ANS em 04 de novembro de 1998.

**219. Limite de Reembolso**

É o valor, expresso em moeda corrente, que serve como base de cálculo para determinar as importâncias máximas a serem reembolsadas, para cada procedimento odontológico previsto na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora, multiplicado pelo fator de reembolso correspondente ao Plano contratado e constante na Proposta Comercial.

**219.1.** A Operadora poderá alterar o valor de determinado procedimento odontológico, com o intuito de mantê-lo compatível com os valores praticados no mercado, garantindo a continuidade da prestação de serviços na Rede Credenciada da Operadora.

**220. Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora**

É a relação dos serviços odontológicos e procedimentos cobertos, com os respectivos valores em moeda corrente, contendo também a indicação daqueles que dependem de autorização prévia da Operadora para a sua realização e exigência de radiografias para reembolso.

**220.1.** Referida Tabela é parte integrante do Contrato e encontra-se registrada no 5º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade do Rio de Janeiro



sob o n.º 798798, sendo que além do cartório a tabela está disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede do Contratante, bem como na sede da Operadora.

### 3. COBERTURAS DO CONTRATO

31. A Operadora custeará, através de regime de reembolso dentro dos limites estabelecidos no Contrato ou por meio de pagamento direto à Rede Credenciada do Plano contratado, por conta e ordem do Beneficiário, as despesas relativas à cobertura odontológica, previstas no Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes à época do evento e constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) e reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

32. A cobertura corresponde à segmentação odontológica observada e respeitada a abrangência geográfica contratada, inclusive nos casos de reembolso pela utilização da livre escolha de prestadores de serviço. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, será garantido independentemente do local de origem do evento e desde que executado por dentista habilitado e que atenda aos critérios de credenciamento e reembolso adotados pela Operadora.

32.1. A solicitação para realização de serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ou por imperativo clínico, pode ser feita por médico ou cirurgião-dentista, credenciado ou de livre escolha do Beneficiário, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica.

33. São assegurados ainda, nos termos da legislação vigente editada pela ANS, apenas e tão somente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo Plano de Benefícios Odontológicos, que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

34. Está coberto por este Contrato o conjunto de procedimentos odontológicos de acordo com o Plano escolhido pelo Contratante, conforme documento anexo a este instrumento.

### 4. DESPESAS NÃO COBERTAS

41. Estão excluídas da cobertura deste Plano de Benefícios Odontológicos as despesas decorrentes de:



- a) tratamentos odontológicos não previstos nas coberturas do Plano contratado, exceto se forem incluídos posteriormente no Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS e suas atualizações ou se forem contratados como coberturas adicionais;
- b) implantes, prótese sobre implante e transplantes de qualquer natureza, incluindo-se todos os procedimentos necessários;
- c) tratamentos odontológicos realizados em data anterior ou posterior ao período de vigência do Contrato;
- d) exames laboratoriais de qualquer natureza, exceto o anatomopatológico; e
- e) procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- f) estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios Odontológicos que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção, apenas e tão somente, dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para a realização de tais procedimentos, desde que estes não estejam listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- g) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou que não seja reconhecido pelo Conselho Federal de Odontologia;
- h) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- i) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- j) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- l) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;





**5.2.3.** O reembolso ocorrerá de acordo com os limites do Plano contratado, desde que devidamente caracterizada a cobertura e obedecidos os prazos limites para apresentação de documentos para solicitação reembolso, conforme descrito na cláusula 6.

**5.2.4.** Em nenhuma hipótese será negada autorização para realização de procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede credenciada da Operadora.

### **5.3. Atendimento de Urgência e Emergência**

**5.3.1.** Quando o Beneficiário utilizar um prestador de serviços que não fizer parte da Rede Credenciada da Operadora para atendimento em casos de urgência e emergência, o pagamento dos serviços será sempre feito por reembolso ao Beneficiário, para eventos cobertos pelo Plano de Benefícios Odontológicos, nos termos do item 5.2.1 supra.

**5.3.2.** Nos casos caracterizados como de urgência ou emergência, o Beneficiário poderá, ainda, ser atendido em quaisquer das Clínicas de Urgência 24h, constantes na Lista de Credenciados da Rede Credenciada do Plano contratado ou no site, devidamente identificados.

**5.3.3.** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de reembolso devido pelo presente Contrato, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento pela Operadora da documentação adequada.

**5.3.4.** O Beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento.

### **6. REEMBOLSO**

**6.1.** O Plano de Benefícios Odontológicos garante o reembolso, no limite das obrigações contratuais, das despesas odontológicas cobertas, efetuadas com o tratamento do Beneficiário e seus Dependentes incluídos no Plano, inclusive em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos prestadores de serviço integrantes da Rede Credenciada da Operadora, de acordo com a relação de preços de serviços praticados e constantes na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o recebimento pela Operadora da documentação original adequada, relacionada nos subitens 6.2.1 a 6.2.4. abaixo.

65  
[Handwritten signature]

62. Caso a documentação não contenha todos os documentos ou em caso de inexatidão dos referidos documentos, a Operadora poderá pedir informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo Beneficiário. Após a entrega dos documentos complementares por parte do Beneficiário, a Operadora terá um novo prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso.

62.1. Relatório "Descrição de Serviços Odontológicos", preenchido pelo cirurgião-dentista ou clínica odontológica, especificando as datas dos eventos, dentes ou regiões, procedimentos realizados e valores cobrados.

62.2. Recibo de honorários ou Nota Fiscal original em nome do Beneficiário Titular, descrevendo os eventos a que se refere, bem como CRO, CNPJ da clínica odontológica e/ou CPF do profissional que a realizou o tratamento.

62.3. A documentação acima indicada deverá estar acompanhada de imagens (radiografias ou fotos) iniciais e finais de todos os tratamentos, desde que plenamente visualizáveis e tecnicamente recomendáveis para o evento.

62.4. Para o efetivo reembolso o Beneficiário deverá apresentar formulário específico, devidamente preenchido com seus dados cadastrais, acompanhado da documentação completa, conforme orientações descritas no presente Contrato.

62.5. Independente do procedimento realizado pelos Beneficiários, para o efetivo reembolso, não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: recibos de pagamento a autônomos (RPA), recibos provisórios e/ou temporários, nota de serviço, nota de débito e duplicatas.

62.6. O Beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento.

## 7. FATOR DE REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS (FRn)

7.1. Coeficiente adotado como referencial de reembolso, prevendo o múltiplo de 1 (uma) vez, aplicável sobre os valores da Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora.

7.2. Limite de reembolso é o valor, expresso em moeda corrente, que serve como base de cálculo para determinar as importâncias máximas a serem reembolsadas, para cada procedimento odontológico previsto na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora, multiplicado pelo fator de reembolso correspondente ao Plano contratado





documentos odontológicos, independente do estabelecido na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora.

102. Para o mesmo fim, e a critério da Operadora, o Beneficiário poderá ser convocado a qualquer momento a comparecer a uma consulta de auditoria odontológica, cabendo à Operadora deliberar sobre a dispensa de tal exame, conforme a análise de cada caso.

## 11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA

11.1. É garantido ao Beneficiário, em situação de divergência odontológica, que eventual impasse seja dirimido através de junta constituída por um profissional solicitado ou nomeado pelo Beneficiário, por um dentista indicado pela Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo entre os dois profissionais nomeados, sendo a sua remuneração de responsabilidade da Operadora.

11.2. A Contratada poderá utilizar-se de profissional avaliador, disponibilizando o seu atendimento no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, conforme inciso IV, art. 4º, da Resolução CONSU n.º 08. Nos casos relativos à urgência e emergência não haverá necessidade de prévia autorização da Contratada.

## 12. FORMALIZAÇÃO DO CONTRATO

12.1. O presente Contrato ratifica a Proposta Comercial assinada pelo Contratante ou por seus representantes legais, bem como dos "Termos de Opção" do grupo elegível.

12.2. O Contratante indicará, na Proposta Comercial, o Plano escolhido e que será válido para todos os integrantes do grupo elegível.

12.2.1. Na hipótese de escolha de Planos diferentes, estes terão de ser estabelecidos em decorrência de comprovada igualdade ou similaridade de salário, cargo ou função.

12.3. Para cada subgrupo a ser formado, o Plano será único para todas as garantias e para a totalidade de componentes do grupo.

12.4. O Contratante e o Beneficiário assumem a responsabilidade por todas as informações prestadas na Proposta Comercial e nos "Termos de Opção", cientes do que dispõe a cláusula 22 destas Condições Gerais.

12.5. Caso o Contratante desista do Contrato, até 15 (quinze) dias após a entrega protocolada da Proposta Comercial na Operadora, a contribuição mensal paga antecipadamente será restituída pela Operadora, atualizada monetariamente pelo IPCA, calculado, *pro rata die*, da data da contratação até o dia da efetiva restituição, deduzido



o valor dos tributos pagos.

### 13. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

**131.** É facultado ao Contratante solicitar à Operadora, mediante ajuste da contribuição mensal, a mudança do Plano que tenha contratado, desde que abrangendo todo o grupo elegível definido e delimitado pelo Contratante.

**132.** As alterações contratuais só terão validade quando solicitadas por escrito pelo Contratante e ratificadas pela Operadora.

**133.** Alterações contratuais que signifiquem modificação no valor da contribuição mensal somente produzirão efeito a partir do mês seguinte ao de sua confirmação pela Operadora.

**133.1.** Se o novo Plano oferecer mais coberturas de que o anterior, serão aplicáveis as carências previstas na cláusula 8. supra, exclusivamente às coberturas que tiverem sido acrescidas.

**134.** A Operadora poderá adequar os procedimentos às coberturas do Plano de Benefícios Odontológicos com o objetivo de manter o seu padrão compatível com a evolução da Odontologia e do Mercado.

### 14. RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

**141.** Será de responsabilidade do Contratante, além de outras estabelecidas nestas Condições Gerais e na legislação:

- a) entregar ao Beneficiário Titular previamente à sua inclusão no Plano de Benefícios Odontológicos, o documento denominado "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde";
- b) entregar, junto com o Cartão de Identificação do Beneficiário Titular, o documento denominado "Guia de Leitura Contratual";
- c) disponibilizar, sempre que solicitado pelo Beneficiário Titular, cópia das Condições Gerais do Plano de Benefícios Odontológicos contratado, que conterà, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual, cujas informações se restrinjam ao Plano ao qual o Beneficiário está vinculado;
- d) exigir e comprovar os requisitos de elegibilidade dos Beneficiários nos termos destas Condições Gerais;
- e) prestar todas as informações solicitadas pela Operadora, quanto aos dados cadastrais dos Beneficiários inscritos nos Planos contratados, sejam Titulares ou Dependentes, bem como fornecer cópia de documentos necessários à comprovação dos dados informados, mantendo estas



informações sempre completas e atualizadas, informando quaisquer alterações ocorridas;

f) solicitar a exclusão de Beneficiários e suspensão da cobertura. Independentemente de manifestação do Contratante, a Operadora poderá promover a exclusão de Beneficiários ou suspensão de cobertura, em consonância com os dispositivos contratuais, nas seguintes situações:

- i. fraude;
- ii. perda do vínculo do Beneficiário Titular conforme previsto no Contrato, ressalvado o direito à permanência assegurado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações; ou
- iii. perda do enquadramento na condição de Dependente, conforme previsto no Contrato.

14.1.1. Os documentos referidos nos itens "a" e "b" poderão ser entregues pelo Contratante em material impresso ou mídia digital, à escolha do Beneficiário Titular e serão disponibilizados pela Operadora e devem ser seguidos em sua íntegra incluindo a fonte e o tamanho da letra a ser utilizado (*Times New Roman*, 12, espaçamento simples).

14.1.2. O Contratante fica investido dos poderes de representação dos Beneficiários perante a Operadora, devendo-lhes encaminhar todas as comunicações e avisos pertinentes ao Plano de Benefícios Odontológicos, bem como propor a inclusão e exclusão dos Beneficiários.

## 15. CUSTEIO DO PLANO

O custeio do Plano de Benefícios Odontológicos poderá ser efetuado com ou sem a contribuição do Beneficiário no pagamento da contribuição mensal, de acordo com as condições discriminadas a seguir.

### 15.1. Beneficiário Não Contributário

É aquele que não contribui financeiramente, de forma fixa, para o Plano de Benefícios Odontológicos, em decorrência de vínculo empregatício com o Contratante, sendo este último responsável pelo integral pagamento da contribuição mensal à Operadora. O Beneficiário também não é considerado contributário quando houver a sua coparticipação única e exclusivamente no valor do procedimento, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência odontológica, bem como quando custear somente a contribuição mensal de seus dependentes.

### 15.2. Beneficiário Contributário

É aquele que contribui financeiramente para o Plano de Benefícios Odontológicos através das seguintes modalidades:





mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assuma junto ao Contratante o pagamento integral das contribuições mensais.

**15.5.1.** O período de manutenção da condição de Beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de sua permanência como Beneficiário contributivo em Plano de Benefícios Odontológicos, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**15.6.** A Contratada disponibilizará, por intermédio do Contratante, o valor da contribuição mensal, conforme previsão contratual, em atendimento ao art. 15 da RN nº 279/11.

**15.6.1.** Os valores de que tratam o item 15.6 serão atualizados periodicamente, sendo de responsabilidade do Contratante apresentá-los aos Beneficiários, inclusive àqueles recém-admitidos, no momento em que forem incluídos no Contrato do Plano de Benefícios Odontológicos.

**15.7.** O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos Beneficiários, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**15.8.** O Contratante deverá considerar para cômputo do período de contribuição de seus ex-empregados os pagamentos ocorridos a qualquer tempo, ainda que não esteja ocorrendo contribuição no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, nos termos do § 2º do art. 6º da RN nº 279/11.

**15.8.1.** Adicionalmente, serão consideradas as contribuições ocorridas em planos contratados pelo Contratante sucessivamente com mais de uma Operadora, desde que a sucessão contratual tenha se dado em contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

**15.8.2.** Na hipótese do Contrato em referência ter sido adaptado à Lei nº 9.656/98 ou ainda que tenha havido migração para planos regulamentados, também deverá ser contabilizado o período de contribuição realizada pelo empregado anteriormente à adaptação ou migração.

**15.8.3.** A contribuição do beneficiário no pagamento das contribuições mensais do(s) Plano(s) de Benefícios Odontológicos oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício com empresas que foram submetidas a processos de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nesta Cláusula, como contribuição para um único Plano, ainda que ocorra a rescisão do Contrato de Trabalho.

**15.9.** O Contratante é responsável por:

72  
[assinatura]



**15.9.4.** A exclusão do ex-empregado que fizer jus ao benefício previsto nos itens 15.4 e 15.5, somente será aceita pela Contratada mediante comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção de sua condição de Beneficiário na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, devendo o Contratante manter-se responsável pelo custeio de sua permanência no Plano de Benefícios Odontológicos.

**15.10.** A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do Contrato de Trabalho, conforme opção do Beneficiário, que poderá manter-se individualmente ou com parte de seu grupo familiar, sendo certo que somente novo cônjuge e filhos poderão ser incluídos no decurso de sua permanência, conforme prazo e condições estabelecidas no Contrato.

**15.10.1.** Durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário também poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora, nos termos da legislação em vigor.

**15.10.2.** Em caso de morte do Titular, o direito de permanência é assegurado aos Dependentes cobertos pelo Plano, nos termos do disposto nesta Cláusula.

**15.11.** Os Beneficiários demitidos e os aposentados que optarem por exercer seus direitos, conforme definido nesta cláusula, continuarão vinculados ao Contrato mantido pelo Contratante, que será responsável pelo recolhimento à Operadora da contribuição mensal correspondente a sua integralidade, sendo mantidos no mesmo Plano em que se encontravam quando da vigência do Contrato de Trabalho.

**15.11.1.** Para efeito de reajuste da contribuição mensal serão considerados os eventos e contribuições mensais de todos os Beneficiários, sejam eles ativos, aposentados ou ex-empregados demitidos sem justa causa.

**15.11.2.** A contribuição mensal dos Beneficiários aposentados e dos demitidos sem justa causa será reajustada no mesmo mês em que ocorrer reajuste na contribuição mensal do Plano de Benefícios dos Beneficiários ativos e no mesmo percentual.

**15.12.** O cancelamento dos Planos dos aposentados e dos empregados demitidos sem justa causa que exercerem seus direitos de permanência no Plano de Benefícios ocorrerá pelo decurso do prazo do benefício previsto nos art. 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98, ou antes disso caso ocorra uma das seguintes hipóteses:

- a) se o ex-empregado (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego, considerando-se como tal o estabelecimento de novo vínculo profissional que

- possibilite seu ingresso em Plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão;
- b) se o ex-empregado (demitido ou aposentado) deixar de pagar a contribuição mensal por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do Contrato
  - c) por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do Plano, mediante apresentação de prova pela Operadora e comunicação escrita ao Contratante;
  - d) em caso de infrações ou fraudes comprovadas;
  - e) por solicitação formal do Beneficiário à Contratante, mediante comunicação desta à Operadora; ou
  - f) se o Contrato for cancelado.

**15.12.1.** Em caso de cancelamento do grupo de empregados ativos, o grupo dos inativos e/ou exonerados, se houver, também será automaticamente cancelado.

**15.12.2.** Caso o Contrato seja integralmente cancelado e o Contratante opte por não contratar novo Plano de Benefícios Odontológicos com outra Operadora, resultando na extinção do Benefício oferecido por ela aos Beneficiários Titulares e seus Dependentes, será facultado a estes, desde que inscritos até a data do cancelamento, a contratação de Plano Individual ou Familiar, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência. Para tanto deverão ser respeitadas as seguintes condições cumulativamente:

- a) a Operadora esteja comercializando Plano Individual ou Familiar na data do cancelamento do Contrato; e
- b) a opção pela contratação de Plano Individual ou Familiar se dê em até 30 (trinta) dias do cancelamento do Contrato.

**15.13.** O Contratante deverá fornecer as informações e os dados necessários ao início da prestação dos serviços no *layout* indicado pela Operadora, com o prazo de antecedência de 30 (trinta) dias da data de início de vigência do Plano, para que os Cartões de Identificação dos Beneficiários possam ser emitidos e entregues até a referida data.

**15.14.** O Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes perderão o direito de permanência no Plano, nas seguintes situações:

- a) em caso de morte;
- b) em caso de o Beneficiário deixar de pertencer ao conjunto de pessoas que mantém vínculo comprovado com o Contratante, exceto se ele e seus Dependentes incluídos no Plano fizerem jus à permanência no Contrato, em razão do que dispõem os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, por ocasião de seu desligamento ou aposentadoria, inclusive quanto ao prazo para a sua opção;
- c) por inexatidão ou omissão, no preenchimento do documento de inclusão, que





15.19. A não prestação das informações corretas das exclusões, inclusões e alterações de Beneficiários, ou quaisquer outras de responsabilidade do Contratante sob o Contrato, desonera completamente a Operadora de quaisquer ônus delas decorrentes, arcando o Contratante, integralmente, com os custos e despesas eventualmente havidos pela Operadora por conta das mesmas.

## 16. PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL

16.1. O valor da contribuição mensal a ser paga pelo Plano contratado é preestabelecido, sendo a responsabilidade pelo seu integral pagamento do Contratante.

16.2. O vencimento das contribuições mensais será fixado conforme definido na Proposta Comercial e considerando o pagamento da primeira parcela que será paga na data de início da cobertura.

16.2.1. As parcelas dos meses posteriores terão a data de vencimento fixada no mesmo dia dos meses subseqüentes ou no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

16.2.2. As contribuições mensais pagas até a data de vencimento dos documentos de cobrança não sofrerão qualquer atualização.

16.2.3. Qualquer pagamento em atraso será efetuado pelo valor da contribuição mensal vencido, acrescido de multa de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, e juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia), calculada em base *pro rata die*, da data do vencimento até a data do efetivo pagamento.

16.2.4. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor da contribuição mensal não pago, com aplicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da data do vencimento até a data do efetivo pagamento. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado, da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) e, ainda, na falta deste, outro índice oficial que vier a substituí-lo.

16.3. Se houver atraso na quitação do documento de cobrança, por prazo superior a 30 (trinta) dias, as coberturas previstas no Contrato ou seu(s) Aditamento(s) serão automaticamente e de pleno direito suspensas, sem que caiba restituição de qualquer parcela de contribuição mensal já paga, não isentando o Contratante da cobrança da contribuição mensal em atraso nem da restituição dos valores dos

F7  
14/05

eventos/tratamentos ocorridos e pagos após a data da interrupção dos pagamentos devidos. O direito a cobertura será readquirido a partir de 0 (zero) hora do dia subsequente a regularização do pagamento em atraso.

164. A Operadora adotará a forma e modalidade de cobrança que melhor atenda às suas necessidades, inclusive através de estabelecimentos bancários.

165. Fica certo e ajustado entre as partes que a Operadora não utiliza a faixa etária como critério para a variação do preço da contribuição mensal "per capita".

#### 17. REAJUSTE FINANCEIRO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL

17.1. O reajuste financeiro da contribuição mensal terá por base a variação dos custos odontológicos, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do Plano, segundo índices auditados por instituição externa idônea.

#### 18. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

18.1. O valor da contribuição mensal poderá ser reajustado por sinistralidade, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico-atuarial do Contrato.

18.2. O índice de reajuste será calculado em função da sinistralidade, sendo aplicado de forma complementar e na mesma época do reajuste previsto na Cláusula de Reajuste Financeiro da Contribuição Mensal.

18.3. O reajuste por sinistralidade não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

18.4. Para fins do enquadramento do valor da contribuição mensal na faixa do número de Beneficiários, será considerado o último mês do período apurado.

18.5. Exclusivamente para os Contratos que tenham até 300 (trezentos) Beneficiários, deverão ser obedecidas as condições a seguir:

18.5.1. O reajuste considerará os valores de eventos retidos e contribuições mensais relativas do conjunto dos Contratos Coletivos Empresariais com características semelhantes ao Contrato reavaliado.

18.5.2. Somente integrarão a base do cálculo do reajuste por sinistralidade os Contratos que tiverem mais de 5 (cinco) meses de vigência.

18.5.3. Na 1ª (primeira) reavaliação, serão ignorados os eventos retidos e as contribuições mensais dos 2 (dois) primeiros meses. Sendo assim, o período apurado compreenderá do 3º (terceiro) ao 10º (décimo) meses de vigência do

FE  
11/11

Contrato, com aplicação do resultado no faturamento do 12º (décimo segundo) mês de vigência do Contrato.

**18.5.4.** As reavaliações subsequentes à do primeiro período serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período reavaliado. A aplicação do reajuste ocorrerá sempre no 2º (segundo) mês após o último mês considerado na apuração do índice de reajuste anual.

**18.5.5.** Na apuração das contribuições mensais serão descontados os impostos e comissões incidentes sobre o valor cobrado.

**18.5.6.** Para o cálculo do índice de correção da contribuição mensal, será utilizada a fórmula a seguir:

$$I = \frac{ER}{Y \times CM}$$

Onde: I = índice de correção para a contribuição mensal vigente; ER = soma dos eventos retidos, relativos ao período de apuração, dos Contratos com características semelhantes ao Contrato reavaliado; CM = soma das contribuições mensais, relativas ao período de apuração, dos Contratos com características semelhantes ao Contrato reavaliado; e Y = fator variável constante da Proposta Comercial.

**18.5.7.** Sempre que o índice para a correção da contribuição mensal vigente for maior do que 1 (um), as contribuições mensais serão reajustadas pelo índice apurado.

**18.6. Para Contratos que tenham mais de 300 (trezentos) Beneficiários, deverão ser obedecidas às condições a seguir.**

**18.6.1.** O reajuste considerará os valores de eventos retidos e contribuições mensais do Contrato em referência.

**18.6.2.** Na 1ª (primeira) reavaliação serão ignorados os eventos retidos e contribuições mensais dos 2 (dois) primeiros meses. Sendo assim, o período apurado compreenderá do 3º (terceiro) ao 10º (décimo) meses de vigência do Contrato, com aplicação do resultado no faturamento do 12º (décimo segundo) mês de vigência do Contrato.

**18.6.3.** As reavaliações subsequentes à do primeiro período serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período reavaliado. A aplicação do reajuste ocorrerá sempre no 2º (segundo) mês após o último mês considerado na apuração do índice de reajuste anual.

**18.6.4.** Na apuração das contribuições mensais, serão descontados os impostos incidentes sobre o valor cobrado.

**18.6.5.** As reavaliações serão efetuadas, obedecendo a fórmula a seguir:

$$I = \frac{ER}{Y \times CM}$$

Onde: I = índice de correção para a contribuição mensal vigente; ER = soma dos eventos retidos, relativos ao período de apuração, do Contrato reavaliado; CM = soma das contribuições mensais, relativos ao período de apuração, do Contrato reavaliado; e Y = fator variável constante da Proposta Comercial.

**18.6.6.** Sempre que o índice para a correção da contribuição mensal vigente for maior do que 1 (um), as contribuições mensais serão reajustadas pelo índice apurado.

## 19. INCIDÊNCIA DO REAJUSTE DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL

**19.1.** A periodicidade do reajuste da contribuição mensal é anual, incidindo no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base, salvo quando vigorar prazo diverso estabelecido em legislação aplicável.

**19.2.** O reajuste anual da contribuição mensal decorrerá do resultado da acumulação dos índices apurados conforme as cláusulas 17 e 18, respectivamente, de Reajuste Financeiro da contribuição mensal e de Reajuste por Sinistralidade.

**19.3.** O percentual de reajuste anual da contribuição mensal será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme previsto na legislação em vigor.

## 20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

**20.1.** A vigência deste Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data definida na Proposta Comercial assinada pelo Contratante, desde que devidamente ratificada pela Operadora.

**20.2.** Este Contrato será renovado automaticamente, por tempo indeterminado, caso não haja manifestação contrária de qualquer das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor, por este motivo.





- medida judicial e/ou administrativa movida contra a Operadora, que envolva os Beneficiários do Contrato, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a Operadora venha a despende em decorrência de reclamações, seja de que natureza forem, envolvendo os Beneficiários, inclusive com relação a quaisquer condenações (judiciais ou administrativas), penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc., e;
- b) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de eventos, penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em reclamações, seja de que natureza forem, intentadas por Beneficiários que, por determinação judicial, venham a ser mantidos na qualidade de Beneficiários da Operadora, após o término de vigência do Contrato, obrigando-se a ressarcir a Operadora de todos os valores que esta venha a ser compelida a despende a este título, inclusive com relação a penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc.

## 22. DISPOSIÇÕES GERAIS

221. O Plano de Benefícios Odontológicos ficará suspenso enquanto houver inexatidão ou omissão de informações nas declarações constantes da documentação necessária à realização de procedimentos odontológicos, ou, ainda, nos documentos apresentados para o reembolso dessas despesas.
222. É de responsabilidade do Contratante prestar todas as informações solicitadas pela Operadora, quanto aos dados cadastrais dos Beneficiários inscritos neste Contrato, sejam Titulares ou Dependentes, bem como fornecer cópia de documentos necessários à comprovação dos dados informados.
223. A Operadora poderá também solicitar, a qualquer momento, a apresentação de documentação que permita a comprovação de vínculo empregatício, bem como se houve alteração do grupo elegível.
224. A Operadora, mediante expressa autorização do Beneficiário, poderá consultar entidades de direito público e privado, pessoas físicas ou jurídicas, com o objetivo de obter informações relacionadas com a saúde dos Beneficiários.
225. O atendimento aos Beneficiários, quando realizado através de Rede Credenciada, fica restrito aos profissionais e instituições odontológicas constantes da Lista de profissionais odontólogos credenciados da Operadora, de acordo com as especialidades e procedimentos odontológicos nela indicados.
226. As Doenças e Lesões Pré-existentes não se aplicam ao Plano de Benefícios Odontológicos.
227. As informações a que a Operadora venha a ter acesso, em razão da assistência

