

**CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NA SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA - COLETIVO EMPRESARIAL / PME (A PARTIR DE 04 VIDAS)****ÍNDICE**

1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA	3
2. QUALIFICAÇÃO DA ESTIPULANTE	3
3. COBERTURAS ADICIONAIS	3
4. OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO DE SEGURO	3
5. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO SEGURO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS	4
6. DEFINIÇÕES	4
7. COBERTURAS DO CONTRATO	7
8. EXCLUSÕES DE COBERTURA	12
9. VIGÊNCIA DO SEGURO	12
10. CARÊNCIAS	12
11. COBERTURA NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	13
12. REEMBOLSO POR ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	14
13. LIMITES DE REEMBOLSO	15
14. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	15
15. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	17
16. FORMAÇÃO DE PREÇO E PAGAMENTO DO PRÊMIO	18
17. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL	19
18. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA	21
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	21
20. EXCLUSÃO DE SEGURADO	22
21. DEMITIDOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIO	23
22. DAS OBRIGAÇÕES NOS CONTRATOS DE PLANOS CONTRIBUTÁRIO	23
23. DISPOSIÇÕES GERAIS	25
24. DISPOSIÇÕES FINAIS	26
25. FORO	27

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA - COLETIVO EMPRESARIAL / PME (A PARTIR DE 04 VIDAS)

1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA

1.1. PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n. 04.540.010/0001-70, com endereço na Alameda Barão de Piracicaba, 740 - Campos Elíseos - CEP 01216-010 - São Paulo/SP, classificada como Seguradora Especializada em Saúde, devidamente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o n. 000582.

2. QUALIFICAÇÃO DA ESTIPULANTE

2.1. É a Pessoa Jurídica legalmente constituída, identificada no Cadastro da Estipulante Empresarial, parte integrante deste contrato, que contrata o seguro saúde, segmentação odontológica, com a **Seguradora** e se responsabiliza pelo pagamento do prêmio mensal.

2.1.1. A **Estipulante** fica investida dos poderes de representação do segurado perante a **Seguradora**, devendo ser encaminhadas a ela todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro contratado.

2.1.2. Cabe a **Estipulante** informar aos segurados todas as características e particularidades do seguro saúde, segmentação odontológica, contratado.

2.1.3. Atendendo ao estabelecido na Resolução Normativa n. 117 de 30 de novembro de 2005 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas alterações, a **Estipulante** deverá encaminhar cópia dos documentos abaixo relacionados no momento da contratação do seguro saúde, segmentação odontológica:

- a) Contrato Social ou Estatuto Social e suas alterações;
- b) Cartão do CNPJ/MF;
- c) Procuração e outros documentos, quando se fizerem necessários.

2.2. A **Seguradora** é concedido o prazo de 20 (vinte) dias, contado a partir da data de protocolo do Cadastro da Estipulante e demais documentos pertinentes ou da solicitação expressa de inclusão de segurados, para proceder com a emissão do seguro contratado.

2.3. Fica reservado a **Seguradora** o direito de solicitar documentos e informações complementares para proceder a inclusão solicitada. Nessa hipótese, o prazo previsto no item acima ficará suspenso.

3. COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. Este contrato de acordo com o plano contratado e com o disposto nessas Condições Gerais prevê cobertura de benefícios adicionais, conforme estabelecido na cláusula COBERTURAS DO CONTRATO.

4. OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO DE SEGURO

4.1. Nos termos e limites destas Condições Gerais, este seguro tem por objetivo garantir o reembolso das despesas odontológicas cobertas efetuadas com o tratamento do segurado e seus dependentes incluídos na apólice, decorrentes de problemas relacionados à saúde e doença, com cobertura de todo o Rol de Procedimentos Odontológicos, editado pela ANS vigente à época do evento, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - 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 n. 9656/98, com liberdade de escolha de profissionais e estabelecimentos odontológicos exclusivamente para os tratamentos realizados na área de abrangência geográfica contratada.

4.2. Alternativamente ao regime de reembolso e objetivando facilitar a utilização deste seguro, a **Seguradora** disponibilizará uma lista de profissionais e instituições odontológicas integrantes da Rede Referenciada que, por opção dos segurados, poderá ser utilizada, sendo o pagamento das despesas cobertas efetuado diretamente pela **Seguradora**, ao prestador de serviços referenciado, por conta e ordem do segurado.

4.3. NATUREZA DO CONTRATO

Trata-se de seguro privado de assistência à saúde, segmentação odontológica, regido pelo Código Civil Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor e pela Lei n. 9.656/98 e suas regulamentações. O Contrato é de adesão, bilateral e aleatório, independentemente da ocorrência dos sinistros cobertos.

4.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

A contratação deste seguro está em conformidade com as resoluções normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na modalidade coletivo empresarial.

4.5. TIPO DE SEGMENTAÇÃO

O seguro previsto nestas Condições Gerais garante ao segurado nele incluído, as coberturas dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para a segmentação odontológica.

4.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

A área geográfica de abrangência do seguro contratado é nacional.

4.7. ÁREA DE ATUAÇÃO

As áreas de comercialização do plano de seguro saúde, segmentação odontológica, estabelecido nessas Condições Gerais, são aquelas onde a **Seguradora** tenha sucursais, no território nacional.

5. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO SEGURO NA Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

5.1. Por meio destas Condições Gerais disponibiliza-se a contratação do seguro saúde, segmentação odontológica, abaixo:

NOME COMERCIAL	REGISTRO ANS
ODONTO BRONZE	456.685/08-8
ODONTO PRATA	456.686/08-6
ODONTO OURO	456.687/08-4

6. DEFINIÇÕES

6.1. ACIDENTE DE TRABALHO

Evento ocorrido com o segurado pelo exercício do trabalho a serviço da empresa empregadora, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

6.2. ACIDENTE PESSOAL ODONTOLÓGICO

Evento ocorrido em data específica, provocado por agente externo ao corpo humano, súbito e involuntário e causador de lesão odontológica não decorrente de problemas de saúde.

6.3. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Autorarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

6.4. APÓLICE DE SEGURO

É o documento emitido pela **Seguradora** após a aceitação do seguro, que define e regula as relações entre a **Estipulante** e a **Seguradora**, estabelecendo os recíprocos direitos e obrigações.

6.5. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

É a região onde os segurados terão atendimento por meio de rede referenciada do seguro saúde, segmentação odontológica.

6.6. ATENDIMENTO ELETIVO

Termo usado para designar os atendimentos odontológicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

6.7. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

É a autorização de atendimento fornecida pela **Seguradora**, por meio de senha de autorização, com a qual o segurado poderá realizar os procedimentos contratados junto a rede referenciada, dentro dos limites previstos nestas Condições Gerais.

6.8. CÁLCULO ATUARIAL

É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do segurado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do seguro e definição do prêmio mensal.

6.9. CARÊNCIA

Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de inclusão do segurado no seguro contratado durante o qual os segurados não têm direito às coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais.

6.10. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Documento emitido pela **Seguradora** em favor do segurado, após a sua inclusão no seguro saúde, segmentação odontológica, e quitação do prêmio correspondente, com data de validade e indicação do seguro contratado, para a utilização individual e intransferível a fim de identificá-lo junto a rede referenciada.

6.11. CADASTRO DA ESTIPULANTE EMPRESARIAL

Documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de aderir ao seguro, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

6.12. CONDIÇÕES PARTICULARES

São as condições específicas, ratificadas por meio de aditamento contratual, que devidamente assinado é parte integrante e indissociável do contrato, negociadas entre as partes no ato da contratação do seguro saúde, segmentação odontológica.

6.13. CONSULTA

É o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas odontológicas do segurado.

6.14. CORRETOR DE SEGUROS

É o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a representar os segurados, angariar e promover contratos de seguros entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado. Na forma do Decreto Lei n. 73/66, o corretor é o responsável pela orientação aos segurados sobre as coberturas, obrigações e exclusões das Condições Gerais do seguro.

6.15. DOENÇA ORAL

É o evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência odontológica.

6.16. EMERGÊNCIA

São os casos em que há risco imediato à vida ou de lesão irreparável no paciente, em que há necessidade de atuação odontológica imediata, caracterizados em declaração do médico ou do cirurgião-dentista assistente.

6.17. EVENTO

É o conjunto de procedimentos e/ou serviços odontológicos realizados, em decorrência de acidente pessoal odontológico ou doença oral do segurado, para tratamento e/ou prevenção à saúde oral.

6.18. EVENTO COBERTO

É todo evento ocorrido com o segurado durante a vigência do seguro, passível de cobertura contemplada nestas Condições Gerais.

6.19. EXAME

É o procedimento complementar solicitado pelo cirurgião-dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do segurado.

6.20. FORMAS DE CUSTEIO DO CONTRATO

De acordo com a opção da **Estipulante** do contrato de seguro saúde, segmentação odontológica, o custeio poderá ser:

a. Não contributário - Os segurados não participam do pagamento do prêmio mensal. Nessa hipótese, o pagamento do prêmio do seguro será de responsabilidade integral da **Estipulante**.

b. Contributário - Os segurados participam do pagamento do prêmio mensal total ou parcialmente.

6.21. GRUPO SEGURADO

É, em qualquer época, o conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

6.22. GRUPO SEGURÁVEL

Grupo de pessoas físicas, e seus dependentes, devidamente caracterizado pelo vínculo empregatício, estatutário, societário e contratual no caso de estagiário, mantido com a **Estipulante**.

6.23. GUIA DE LEITURA CONTRATUAL - GLC e MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - MPS

Instrumentos destinados a informar o segurado dos principais aspectos a serem observados no momento da contratação do seguro saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes.

6.24. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Mecanismo de acesso oferecido ao segurado que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes à rede referenciada do seguro contratado, mediante reembolso, conforme estipulado nessas Condições Gerais.

6.25. PLANO DE SEGURO

É o conjunto composto pelas coberturas, limites de reembolso e rede referenciada, escolhidos pela **Estipulante** por ocasião da contratação do seguro.

6.26. PRÊMIO DE SEGURO

É a importância mensal paga antecipadamente pela **Estipulante** à **Seguradora**, em moeda corrente nacional, para garantir ao grupo de segurados o direito às coberturas previstas no seguro contratado.

6.27. PROCEDIMENTOS

São todos os atos odontológicos que têm por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde oral do segurado, respeitadas as coberturas deste seguro, estabelecidas nestas Condições Gerais.

6.28. PROPONENTE

É a pessoa componente do grupo segurável que propõe a sua inclusão no seguro e que passará a ser segurado quando aceito pela **Seguradora**.

6.29. REDE REFERENCIADA

É o conjunto de prestadores de serviços odontológicos legalmente habilitados e, opcionalmente, colocados à disposição pela **Seguradora** que compreendem cirurgiões-dentistas, clínicas odontológicas, laboratórios de análises clínicas e clínicas de urgência 24 horas para o atendimento aos segurados. Caso o segurado utilize a rede referenciada, o pagamento das despesas cobertas pelo plano de seguro contratado será feito pela **Seguradora** direta e, exclusivamente, aos prestadores de serviços em nome e por conta do segurado.

6.30. REEMBOLSO

É o pagamento ao segurado das despesas realizadas com tratamentos odontológicos, desde que decorrentes de eventos cobertos, até os limites de valores estabelecidos no plano de seguro contratado e previstos nas Condições Gerais.

6.31. RADIOGRAFIA INICIAL

É um exame complementar radiográfico realizado antes da execução de um procedimento.

6.32. RADIOGRAFIA FINAL

É um exame complementar radiográfico realizado após a execução de um procedimento.

6.33. REGISTRO ANS

É o registro da **Seguradora** junto ao Órgão Regulador, bem como do plano de seguro a ser comercializado, o que não implica por parte da Autarquia incentivo ou recomendação à sua comercialização.

6.34. REMISSÃO

Garante a permanência no seguro odontológico, sem o recolhimento do prêmio mensal, dos segurados dependentes filhos solteiros até 30 (trinta) anos de idade, cônjuge ou companheiro (a) do segurado titular, no caso de falecimento deste, pelo período previsto e de acordo com as cláusulas inseridas nessas Condições Gerais.

6.34.1. O cancelamento do contrato de seguro implica na perda deste benefício.

6.35. SEGURADO

É o componente do grupo segurado, aceito e incluído no seguro, identificado como:

6.35.1. SEGURADO TITULAR

É a pessoa física com vínculo empregatício, estatutário, societário e contratual (especificamente para os estagiários), devidamente caracterizado com a **Estipulante** e efetivamente incluída no seguro saúde, segmentação odontológica.

6.35.1.1. O conceito de segurado é extensivo aos ex-empregados demitidos, exonerados, sem justa causa, ou aposentados da **Estipulante**.

6.35.2. SEGURADO DEPENDENTE

O grupo familiar do segurado titular, desde que previamente negociado pelas partes contratantes e limitado até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, bem como até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro do segurado titular.

6.36. SIMULAÇÃO E OU FRAUDE

Entende-se como a utilização de subterfúgios, ou ainda, o engano dolosamente provocado, o malicioso induzimento em erro, bem como alegações inverídicas e omissões, de qualquer natureza, para o fim de obter vantagem ilícita.

6.37. SINISTRO

É a ocorrência do evento previsto e garantido pelo seguro contratado.

6.38. SINISTRALIDADE

Resultado da divisão do valor total das despesas ocorridas pelo total dos prêmios cobrados durante o período de apuração.

6.39. TABELA PORTO SEGURO DE ODONTOLOGIA (TPSO)

Tabela devidamente registrada no 9º Oficial de Registro de Títulos e Documentos sob o microfilme nº 1166478, e adotada pela **Seguradora** como instrumento base para o cálculo de reembolso das despesas efetuadas pelo segurado. A TPSO define valores básicos unitários por procedimentos, para honorários odontológicos.

6.40. UNIDADE PORTO ODONTOLÓGICO (UPO)

É o fator expresso em moeda corrente nacional que, multiplicado pelos quantitativos previstos na Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO - determina o valor do reembolso de cada procedimento odontológico coberto pelo plano de seguro contratado. O valor da UPO constará da documentação contratual.

6.41. URGÊNCIA

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

6.42. VIGÊNCIA DO CONTRATO

É o período pelo qual o contrato de seguro saúde, segmentação odontológica, estará em vigor.

7. COBERTURAS DO CONTRATO

7.1. É garantido ao segurado, incluído no seguro contratado, o reembolso ou o pagamento das despesas com assistência odontológica, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), efetuadas pelos segurados nos tratamentos de todas as doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como seus respectivos procedimentos odontológicos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da realização do evento, elaborado e atualizado, periodicamente, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de acordo com o estabelecido pela Lei n. 9.656/98 e conforme a modalidade de cobertura prevista nesta cláusula, incluindo:

7.1.1. A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede referenciada;

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

7.2. As modalidades de coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais são:

- a) BÁSICA;
- b) BÁSICA PLUS;
- c) ORTODONTIA e
- d) PRÓTESE.

7.2.1. O plano de seguro contratado observará as modalidades de cobertura conforme a tabela abaixo:

COBERTURAS	PLANOS DE SEGURO		
	ODONTO BRONZE	ODONTO PRATA	ODONTO OURO
BÁSICA	X	X	X
BÁSICA PLUS		X	X
ORTODONTIA		X	X
PRÓTESE			X

7.3. MODALIDADE DE COBERTURA BÁSICA:

7.3.1. Estão garantidos aos segurados incluídos no seguro contratado, o reembolso ou o custeio direto na rede referenciada das seguintes despesas com assistência odontológica, na modalidade - COBERTURA BÁSICA:

7.3.1.1. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO

É o conjunto de procedimentos que visa a identificação do tratamento odontológico necessário, por meio de exame clínico, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- a) condicionamento em Odontologia;
- b) consulta odontológica de urgência:
 - colagem de fragmentos dentários;
 - controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
 - incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região bucomaxilofacial;
 - imobilização dentária;
 - recimentação de peça/trabalho protético;
 - reimplante de dente avulsionado com contenção;
 - tratamento de abscesso periodontal;
 - tratamento de alveolite;
 - tratamento de odontalgia aguda;
 - restauração temporária/tratamento expectante.
- c) consulta odontológica inicial;
- d) consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- e) procedimento diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa da região bucomaxilofacial;
- f) procedimento diagnóstico anatomopatológico em material de punção/biópsia da região bucomaxilofacial;
- g) procedimento diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica da região bucomaxilofacial;
- h) punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial;
- i) teste de fluxo salivar.
- j) teste de pH salivar.

7.3.1.2. RADIOLOGIA

É o conjunto de procedimentos que visa complementar o diagnóstico por meio de exames radiológicos, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- a) radiografia interproximal (bite-wing);
- b) radiografia oclusal;
- c) radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- d) radiografia periapical.

7.3.1.3. PREVENÇÃO

É o conjunto de procedimentos que visa a prevenção de doenças e manutenção da saúde oral, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- a) aplicação de selante;
- b) aplicação tópica de flúor;
- c) atividade educativa em saúde bucal;
- d) controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- e) profilaxia - polimento coronário.

7.3.1.4. ODONTOPEDIATRIA

É o conjunto de procedimentos que visa o atendimento aos segurados com até 12 (doze) anos de idade, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- a) adequação do meio bucal;
- b) aplicação de carioestático;
- c) condicionamento odontopediátrico;
- d) exodontia simples de decíduo;
- e) pulpotomia;
- f) restauração em ionômero de vidro;
- g) tratamento endodôntico em dentes decíduos.

7.3.1.5. CLÍNICA GERAL OU DENTÍSTICA

É o conjunto de procedimentos que visa a recuperação de forma e função dos dentes por meio de:

- a) faceta direta em resina fotopolimerizável;
- b) remineralização dentária;
- c) remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana);
- d) restauração a pino;
- e) restauração de ângulo;
- f) restauração de superfície radicular;
- g) restauração em amálgama - 1 (uma) face;
- h) restauração em amálgama - 2 (duas) faces;
- i) restauração em amálgama - 3 (três) faces;
- j) restauração em amálgama - 4 (quatro) faces;
- k) restauração em resina fotopolimerizável - 1 (uma) face;
- l) restauração em resina fotopolimerizável - 2 (duas) faces;
- m) restauração em resina fotopolimerizável - 3 (três) faces;
- n) restauração em resina fotopolimerizável - 4 (quatro) faces;
- o) restauração temporária/tratamento expectante;
- p) tratamento restaurador atraumático.

7.3.1.6. ENDODONTIA

É o conjunto de procedimentos que visa a reabilitação dos elementos dentários por meio de tratamento de canal, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- a) capeamento pulpar direto - excluindo restauração final;
- b) remoção de corpo estranho intra-canal;
- c) remoção de núcleo intra-canal;
- d) retratamento endodôntico em dentes permanentes birradiculares;
- e) retratamento endodôntico em dentes permanentes multirradiculares;
- f) retratamento endodôntico em dentes permanentes unirradiculares;
- g) tratamento de perfuração (radicular/câmara pulpar);
- h) tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- i) tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- j) tratamento endodôntico em dentes permanentes birradiculares;
- k) tratamento endodôntico em dentes permanentes multirradiculares;
- l) tratamento endodôntico em dentes permanentes unirradiculares.

7.3.1.7. PERIODONTIA

É o conjunto de procedimentos que visa o tratamento das doenças da gengiva e estruturas de suporte, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- a) ajuste oclusal;
- b) aumento de coroa clínica;
- c) cirurgia periodontal a retalho;
- d) cunha proximal;
- e) dessensibilização dentária;
- f) gengivectomia/gengivoplastia;
- g) imobilização dentária temporária ou permanente;
- h) raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
- i) raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- j) sepultamento radicular.
- k) enxerto gengival livre, enxerto pediculado e tunelização.

7.3.1.8. CIRURGIA ORAL

É o conjunto de procedimentos que visa a intervenção cirúrgica, ambulatorial e sob anestesia local, de elementos dentários ou lesões bucais, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- a) alveoloplastia;
- b) amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;

- c) apicectomia unirradiculares com obturação retrógrada;
- d) apicectomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
- e) apicectomia birradiculares com obturação retrógrada;
- f) apicectomia birradiculares sem obturação retrógrada;
- g) apicectomia multirradiculares com obturação retrógrada;
- h) apicectomia multirradiculares sem obturação retrógrada;
- i) aprofundamento/aumento de vestibulo;
- j) biópsia;
- k) biópsia de boca;
- l) biópsia de glândula salivar;
- m) biópsia de lábio;
- n) biópsia de língua;
- o) biópsia de mandíbula;
- p) biópsia de maxila;
- q) bridectomia/bridotomia;
- r) cirurgia de osteoma;
- s) cirurgia para torus/exostose mandibular bilateral;
- t) cirurgia para torus/exostose mandibular unilateral;
- u) cirurgia para torus/exostose palatino;
- v) exérese ou excisão de cálculo salivar;
- w) exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila.

7.3.1.8.1. Também são procedimentos que visam a intervenção cirúrgica, ambulatorial e sob anestesia local, de elementos dentários ou lesões bucais, com cobertura contratual:

- a) exérese ou excisão de mucocelo;
- b) exérese ou excisão de rânula;
- c) exodontia a retalho;
- d) exodontia de raiz residual;
- e) exodontia simples de permanente;
- f) frenotomia labial;
- g) frenectomia labial;
- h) frenotomia lingual;
- i) frenectomia lingual;
- j) odonto-seção;
- k) reconstrução de sulco gengivo-labial;
- l) redução de fratura alvéolo dentária;
- m) redução de luxação da ATM;
- n) remoção de dentes retidos inclusos / impactados;
- o) remoção de dentes retidos semi inclusos / impactados;
- p) remoção de odontoma;
- q) sulcoplastia;
- r) sutura de ferida bucomaxilofacial;
- s) tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- t) tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região bucomaxilofacial;
- u) tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila;
- v) tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- w) ulectomia/ulotomia.

7.3.1.9. PRÓTESE DENTÁRIA (ROL ANS)

É o conjunto de procedimentos que visa a substituição de dentes ausentes ou com grande perda de tecido dentário, restabelecendo a oclusão dentária incluindo características estéticas, estando cobertos pelo contrato:

- a) coroa unitária provisória com ou sem pino/provisório para preparo de Restauração Metálica Fundida (RMF);
- b) núcleo de preenchimento;
- c) reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- d) reabilitação com coroa total de cerômero unitária - inclui a peça protética;
- e) reabilitação com coroa total metálica unitária - inclui a peça protética;
- f) reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado - inclui a peça protética;

-
- g) reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) unitária - inclui a peça protética;
 - h) remoção de peça/trabalho protético.

7.4. COBERTURAS ADICIONAIS.

7.4.1. COBERTURA ADICIONAL MODALIDADE COBERTURA BÁSICA

Está garantido aos segurados incluídos no contrato, de acordo com os termos e condições estabelecidos nessas Condições Gerais, o reembolso ou custeio, diretamente na rede referenciada do plano de seguro, das despesas com CONSULTA PARA INSTALAÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO.

7.4.1.1. Não estão incluídas as despesas com o aparelho e a documentação ortodôntica, bem como a manutenção mensal.

7.4.2. MODALIDADE DE COBERTURA BÁSICA PLUS:

Estão garantidos aos segurados incluídos no seguro contratado, o reembolso ou o pagamento das seguintes despesas com assistência odontológica, na modalidade - **COBERTURA BÁSICA PLUS:**

7.4.2.1. CIRURGIA ORAL

- a) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

7.4.2.2. ENDODONTIA

- a) Clareamento de dentes desvitalizados.

7.4.2.4. RADIOLOGIA

- a) Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico).

7.4.3. MODALIDADE DE COBERTURA ORTODONTIA:

Estão garantidos aos segurados incluídos no seguro contratado, o reembolso ou o pagamento das seguintes despesas com assistência odontológica, na modalidade - **COBERTURA ORTODONTIA:**

- a) Aparelho ortodôntico fixo/removível.
- b) Documentação ortodôntica simples.
- c) Manutenção ortodôntica.

7.4.4. MODALIDADE DE COBERTURA PRÓTESE (EXTRA ROL ANS):

Estão garantidos aos segurados incluídos no seguro contratado, o reembolso ou o pagamento das seguintes despesas com assistência odontológica, na modalidade - **COBERTURA PRÓTESE:**

- a) Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- b) Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório);
- c) Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório);
- d) Coroa metalo-cerâmica;
- e) Coroa total acrílica prensada;
- f) Coroa total em cerâmica pura;
- g) Coroa total metalo plástica resina acrílica;
- h) Coroa total metalo-plástica - cerômero;
- i) Coroa veneer;
- j) Faceta em cerâmica pura;
- k) Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora);
- l) Pino pré fabricado;
- m) Prótese parcial fixa em metalo-cerâmica;
- n) Prótese parcial fixa em metalo-plástica;
- o) Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- p) Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos;
- q) Prótese total;
- r) Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório);
- s) Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (laboratório)

- t) Remoção de trabalho protético;
- u) Restauração em cerâmica pura - inlay;
- v) Restauração em cerâmica pura - onlay;
- w) Restauração em cerômero - inlay;
- x) Restauração em cerômero - onlay;

8. EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Estão excluídas da cobertura deste contrato:

- a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo seguro contratado, conforme cláusula COBERTURAS DO SEGURO e eventos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) Despesas que forem despendidas pelo segurado anteriormente ao início da vigência do seguro ou durante o prazo de aquisição do direito à cobertura (carência);
- c) Despesas hospitalares de internação clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- d) Despesas com atendimento domiciliar;
- e) Repetição de qualquer serviço, salvo nos casos em que seja devidamente comprovada a necessidade;
- f) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Odontológico) vigente à época do evento;
- g) Restaurações estéticas (resinas foto e quimicamente ativadas) em dentes posteriores;
- h) Procedimentos para correção exclusivamente estética;
- i) Tratamento com metais preciosos;
- j) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- k) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- l) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) Remoções do segurado;
- n) Tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares, salvo quando previsto nessas Condições Gerais, na modalidade de cobertura contratada;
- o) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética, salvo se houver previsão nos itens de cobertura do seguro contratado.
- p) Fornecimento de medicamentos para tratamento, em qualquer condição e/ou finalidade;
- q) Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- r) Procedimentos enquadrados na especialidade de Prótese Dental que não estejam relacionados nos itens de cobertura do seguro contratado;
- s) Quaisquer tratamentos realizados sem a prévia autorização da **Seguradora**, exceto nos casos de urgência e emergência;
- t) honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- u) todos os procedimentos odontológicos durante o respectivo período de carência.
- v) Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

9.1. A vigência da apólice será de 24 (vinte e quatro) meses e seu início se dará a partir da formalização da contratação pela **Seguradora**, desde que até o momento não seja feito nenhum pagamento à **Seguradora**.

9.2. A apólice será renovada automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

10. CARÊNCIAS

10.1. Respeitadas as modalidades de cobertura de cada plano de seguro, para os contratos firmados com número de participantes inferior a 30 (trinta) segurados e, desde que o segurado formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica Estipulante, será exigido o cumprimento dos seguintes prazos de carência contados a partir da data de aceitação do

segurado:

COBERTURAS	04 A 09 VIDAS*	10 A 29 VIDAS
Urgência/Emergência	24 horas	24 horas
Diagnóstico, Radiologia, Prevenção, Odontopediatria, Dentística e Cirurgia	60 dias	24 horas
Endodontia	180 dias	24 horas
Periodontia	180 dias	24 horas
Prótese Rol	180 dias	120 dias
Ortodontia**	Sem cobertura	120 dias
Prótese Extra Rol***	Sem cobertura	120 dias

***Somente Plano Odonto Bronze**

****A partir do Plano Odonto Prata**

*****Somente Plano Odonto Ouro**

10.1.1. Para as inclusões de segurados fora do prazo previsto neste contrato serão considerados os seguintes prazos de carência:

COBERTURAS	04 A 09 VIDAS*	10 A 29 VIDAS
Urgência/Emergência	24 horas	24 horas
Diagnóstico, Radiologia, Prevenção, Odontopediatria, Dentística e Cirurgia	60 dias	60 horas
Endodontia	180 dias	120 dias
Periodontia	180 dias	120 dias
Prótese Rol	180 dias	120 dias
Ortodontia**	Sem cobertura	180 dias
Prótese Extra Rol***	Sem cobertura	180 dias

***Somente Plano Odonto Bronze**

****A partir do Plano Odonto Prata**

*****Somente Plano Odonto Ouro**

10.2. Respeitadas as modalidades de cobertura de cada plano de seguro, para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) segurados, enquanto mantida essa quantidade mínima e, desde que o segurado formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica Estipulante, não será exigido o cumprimento de prazos de carência.

10.2.1. Para as inclusões de segurados fora do prazo previsto neste contrato serão considerados os seguintes prazos de carência contados a partir da data de aceitação do segurado:

COBERTURAS	A PARTIR DE 30 VIDAS
Urgência/Emergência	24 horas
Diagnóstico, Radiologia, Prevenção, Odontopediatria, Dentística e Cirurgia	30 dias
Endodontia	60 dias
Periodontia	60 dias
Prótese Rol	60 dias
Ortodontia**	120 dias
Prótese Extra Rol***	120 dias

****A partir do Plano Odonto Prata**

*****Somente Plano Odonto Ouro**

10.3. O pagamento antecipado do prêmio mensal não elimina ou reduz os prazos de carência.

11. COBERTURA NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

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

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.

VII - Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.

VIII - 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 conseqüente imobilização.

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

11.3. REEMBOLSO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.3.1. Será garantido ao segurado 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.

11.3.2. O segurado terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **Seguradora** os seguintes documentos:

a) Relatório do cirurgião dentista, com a descrição do tratamento efetuado, especificando data de cada atendimento, discriminando dente, faces, procedimentos e justificando as condições em formulário padrão da **Seguradora**;

b) Recibos de honorários ou nota fiscal, descrevendo os eventos a que se referem, bem como CRO e CPF do profissional que realizou o tratamento;

c) Autorização prévia da **Seguradora**, exceto nos casos de urgência e emergência.

d) Radiografias inicial e final.

e) Quaisquer outros exames realizados pelo segurado indicando a situação inicial e a finalização do tratamento executado.

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

12. REEMBOLSO POR ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

12.1. É o pagamento ao segurado das despesas realizadas com tratamentos odontológicos, desde que decorrentes de eventos cobertos, até os limites de valores estabelecidos no plano de seguro contratado e previstos nas Condições Particulares.

12.2. A Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO, em conformidade com a Lei n. 9.656/98, devidamente registrada em cartório e adotada pela **Seguradora**, constitui-se no instrumento base para cálculo de reembolso das despesas efetuadas pelo segurado.

12.3. A TPSO define valores básicos unitários por procedimentos em quantidade de UPO - Unidade Porto Odontológico, para honorários odontológicos.

12.3.1. A Unidade Porto Odontológico é o fator expresso em moeda corrente nacional que, multiplicado pelos quantitativos previstos na Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO, determina o valor do reembolso de cada procedimento odontológico coberto pelo plano de seguro contratado. O valor da UPO é informado na Apólice de Seguro.

12.4. Os reembolsos para os eventos cobertos, quando utilizados serviços odontológicos não pertencentes à rede referenciada, serão efetuados mediante apresentação dos seguintes documentos originais:

a) Relatório do cirurgião-dentista com a descrição do tratamento efetuado, especificando data de cada atendimento, discriminando dente, faces, procedimentos e justificando as condições em formulário padrão da **Seguradora**;

b) Recibos de honorários ou Nota Fiscal, descrevendo os eventos a que se referem, bem como CRO e CPF do profissional que realizou o tratamento;

- c) Autorização prévia da **Seguradora**, exceto nos casos de urgência e emergência;
- d) Radiografias inicial e final;
- e) Quaisquer outros exames realizados pelo Segurado indicando a situação inicial e a finalização do tratamento executado;

12.5. Para efeito dos reembolsos previstos nestas Condições Gerais tomar-se-á como base de cálculo a Tabela Porto Seguro de Odontologia (TPSO) e a Unidade Porto Odontológico (UPO) do plano de seguro contratado vigente na data do atendimento.

12.6. A **Seguradora** somente se responsabilizará pelo reembolso de despesas comprovadas em documentos originais que forem entregues em seus escritórios ou recebidas via correio, sob protocolo numerado, pagáveis conforme prazo estabelecido na legislação vigente, qual seja, em no máximo 30 (trinta) dias após a entrega de toda a documentação adequada.

12.7. O segurado deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que corresponde a 1 (um) ano, contado da data do atendimento.

12.8. Os créditos dos reembolsos serão efetuados em nome do segurado titular ou de seu responsável legal, tendo por base o múltiplo de reembolso contratado e sendo limitado ao valor do recibo.

12.9. Não serão reembolsados os valores correspondentes a atendimentos realizados por prestadores de serviços odontológicos pertencentes a Rede Referenciada.

12.10. Não serão reembolsados os valores correspondentes a impostos recolhidos pelo prestador de serviço.

13. LIMITES DE REEMBOLSO

13.1. Para fins de cálculo do reembolso das despesas realizadas com tratamento odontológico, desde que decorrentes de eventos cobertos pelo seguro contratado, serão multiplicados os quantitativos previstos na TPSO pelo valor da UPO (atualizada simultaneamente com o prêmio mensal) e aplicados os múltiplos estabelecidos no seguro contratado, de acordo com a tabela abaixo:

PLANO DE SEGURO	MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO (M)
ODONTO BRONZE	1,0
ODONTO PRATA	1,5
ODONTO OURO	2,0

13.2. Para obter o valor do reembolso em moeda corrente nacional, limitado ao valor do recibo, aplica-se a seguinte fórmula:

$$VR = Q \times M \times UPO$$

ONDE:

VR: Valor do reembolso em Reais (R\$)

Q: Quantitativos previstos para cada procedimento na **TPSO**;

M: Múltiplo de reembolso de acordo com o seguro contratado;

UPO: Unidade Porto Odontológico, do seguro contratado vigente na data do evento.

14. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

14.1. ATENDIMENTO NA REDE REFERENCIADA

14.1.1. A Rede Referenciada é o conjunto de cirurgiões-dentistas e clínicas odontológicas colocados opcionalmente à disposição dos segurados pela **Seguradora**, para atendimento odontológico de acordo com o seguro contratado.

14.1.2. Quando o segurado recorrer à Rede Referenciada contratada, o pagamento dos serviços odontológicos será feito pela **Seguradora**, por conta e ordem do segurado, quando ficar perfeitamente caracterizada a cobertura dos serviços.

14.1.3. Para utilização dos serviços da Rede Referenciada será indispensável à apresentação do Cartão de Identificação, acompanhado de um documento de identidade oficial com fotografia (ou o documento do responsável, se o segurado for menor de idade) e Autorização Prévia quando necessária.

14.2. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

14.2.1. Autorização Prévia é a autorização formal da **Seguradora** para a realização de determinados procedimentos odontológicos solicitados pelo cirurgião-dentista.

14.2.2. É obrigatório que todos os orçamentos realizados pelos prestadores referenciados, sejam submetidos à autorização prévia da **Seguradora**, exceto para:

- a) consultas de emergência e/ou urgência;

O procedimento para autorização dar-se-á por meio de solicitação via web pelo Prestador referenciado e o número da senha de autorização poderá ser obtido por meio da Central de Atendimento.

14.2.3. A **Seguradora** poderá utilizar-se de um dentista avaliador, disponibilizando o seu atendimento no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação.

14.2.4. Os pedidos de autorizações serão respondidos pela **Seguradora** no prazo máximo de 1 (um) dia útil a contar da data da solicitação.

14.2.5. A solicitação para realização de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos poderá ser feita por cirurgião-dentista referenciado ou de livre escolha do segurado, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica.

14.2.6. A **Seguradora** poderá solicitar informações adicionais sobre a realização de despesas com consultas, exames e tratamentos sempre que julgar necessárias para a autorização do atendimento na Rede Referenciada ou para o reembolso das despesas odontológicas.

14.3. JUNTA ODONTOLÓGICA

14.3.1. As divergências e dúvidas de natureza odontológica relacionadas aos serviços cobertos neste seguro serão resolvidas por Junta Odontológica.

14.3.2. A Junta Odontológica será realizada por 03 (três) membros: um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado, e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

14.3.3. Não havendo consenso sobre a escolha do cirurgião-dentista desempatador, sua designação será solicitada ao presidente da Associação dos Cirurgiões-dentistas ou em sua falta, a associação odontológica reconhecida oficialmente e sediada na localidade.

14.3.4. Cada parte contratante pagará os honorários do cirurgião-dentista que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga pela **Seguradora**, bem como do cirurgião-dentista do Segurado, se este for pertencente à rede referenciada.

14.4. ALTERAÇÃO DE REDE REFERENCIADA

14.4.1. A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da **Seguradora**, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente.

14.4.2. A **Seguradora** enviará para cada segurado titular, quando do seu ingresso no seguro, 1 (um) Guia da Rede Referenciada da região de domicílio do mesmo contendo a lista indicativa de prestadores. Disponibilizará esta mesma lista com as devidas atualizações no sítio da **Seguradora** na internet, em sua sede e através da central de atendimento telefônico.

14.5. COPARTICIPAÇÃO

14.5.1. É a participação na despesa assistencial a ser paga pela **Estipulante** ou segurado diretamente à **Seguradora**, após a realização do procedimento.

14.5.2. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação serão estipulados no ato da contratação e estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente à época e com a tabela abaixo:

FAIXAS DE COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO DO SEGURADO (VALORES EM PERCENTUAIS) EM DESPESAS COM:	
	ORTODONTIA	PRÓTESE
I	20%	20%
II	30%	30%
III	40%	40%

14.5.3. A cobrança da coparticipação será efetuada na fatura mensal, acompanhada de demonstrativo de custos individuais.

15. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

15.1. Este plano de seguro é destinado ao conjunto de pessoas físicas que comprovem vínculo empregatício ou estatutário com a **Estipulante**, seus respectivos sócios e administradores, bem como seus dependentes, conforme previsto nestas Condições Gerais.

15.2. A adesão deverá ser solicitada na data de contratação do plano ou de vinculação do proponente segurável à **Estipulante**.

15.3. Ainda estará garantida a inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante, atendendo assim ao disposto no artigo 12, VII da Lei nº 9.656/98.

15.4. A inclusão de segurados titulares e respectivos dependentes no seguro ocorrerá por meio de solicitação formal da **Estipulante**, acompanhada da respectiva comprovação de vínculo.

15.5. A critério das partes, o plano de seguro poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro (a), aos filhos solteiros (naturais e adotivos), até os 30 (trinta) anos de idade e aos filhos inválidos de qualquer idade.

15.6. A inclusão de segurados titulares deverá ser solicitada pela **Estipulante** até o 30º (trigésimo) dia da vinculação do proponente segurável à **Estipulante**, mediante apresentação do respectivo documento comprobatório.

15.7. A inclusão dos filhos naturais ou adotivos do segurado titular deverá ser solicitada pela **Estipulante** até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do nascimento/adopção deste, mediante apresentação do respectivo documento comprobatório.

15.8. A inclusão do(a) cônjuge do segurado titular deverá ser solicitada pela **Estipulante** até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do casamento, mediante apresentação do respectivo documento comprobatório.

15.9. A inclusão do(a) companheiro(a) do segurado titular deverá ser solicitada pela **Estipulante** até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do registro da Declaração/Escritura Pública ou da data da decisão judicial, mediante apresentação do respectivo documento comprobatório.

15.10. As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a **Seguradora**, a qualquer tempo, solicitar cópia de qualquer documentação que julgar necessária para comprovação da elegibilidade dos segurados titulares e/ou segurados dependentes.

15.11. A aceitação do segurado ocorrerá no prazo máximo de 20 (vinte) dias contados do recebimento da solicitação expressa de inclusão de segurados dependentes na **Seguradora**. Caso seja solicitado algum documento complementar, esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na **Seguradora**.

15.12. Caso o segurado titular integrante do contrato de seguro celebrado entre as partes seja elegível para a manutenção do seguro nas condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998, fica garantida a manutenção de todos os seus dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

15.13. Na hipótese prevista no item anterior, fica assegurada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido, exonerado, sem justa causa, ou aposentado no período de manutenção da condição de segurado.

15.14. A manutenção dos segurados dependentes prevista nesta cláusula dependerá da participação do segurado titular no seguro saúde, segmentação odontológica.

15.15. O seguro saúde, segmentação odontológica, extensivo aos segurados dependentes será sempre igual ao do segurado

titular, não cabendo qualquer possibilidade de distinção de seguro dentro do mesmo grupo familiar.

15.16. ÍNDICE MÍNIMO DE ADEÇÃO E MANUTENÇÃO

15.16.1. Índice mínimo de adesão é a relação entre o número de componentes do grupo segurado e o grupo segurável, expressa em percentagem.

15.16.2. O índice de adesão e manutenção de segurados não poderá ser inferior aos percentuais previstos na tabela abaixo:

NÚMERO DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURÁVEL EM VIDAS		ÍNDICE MÍNIMO DE MANUTENÇÃO
DE	ATÉ	MANUTENÇÃO
04	09	100%
10	200	90%
201	300	80%
301	500	75%
501	1000	70%
1001	5000	65%
5001	EM DIANTE	60%

15.16.3. Entende-se como índice de manutenção o percentual mínimo de segurados que devem permanecer no seguro contratado, considerado o grupo segurado nos últimos 6 (seis) meses de vigência contratual.

15.16.4. A Seguradora poderá solicitar, a qualquer momento, cópia da documentação que julgar necessária para acompanhamento do índice mínimo de manutenção.

15.16.5. Fica reservado o direito de a Seguradora aplicar a regra de reajuste contratual, observado o período de 12 (doze) meses, bem como de rescisão, em caso de descumprimento dos índices previstos nesta cláusula.

16. FORMAÇÃO DE PREÇO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1. Formação de preço

16.1.1. O valor do prêmio a ser pago pelo seguro contratado é pré-estabelecido.

16.1.2. A **Estipulante** não poderá fazer distinção quanto ao valor do prêmio entre os segurados que vierem a ser incluídos no seguro e aqueles a este já vinculados.

16.1.3. Prêmio é a quantia paga em moeda corrente nacional, mensal e antecipadamente, pela **Estipulante** à **Seguradora**, para resguardar o direito às coberturas previstas no plano de seguro contratado, ratificado na apólice de seguro.

16.1.4. O prêmio mensal estipulado na data de início da vigência do seguro para cada segurado titular e segurado dependente será aquele estabelecido na tabela de prêmios da **Seguradora**.

16.1.5. O valor do prêmio mensal adotado para este seguro é custo médio, caracterizando nos termos do artigo 16, parágrafo 2º da Resolução Normativa n. 279/2011, como seguro subsidiado pela **Estipulante** ou com a participação dos empregados tivos no seu financiamento.

16.1.6. Em conformidade com o artigo 15, parágrafo 1º da Resolução Normativa n. 279/2011 é permitido e assegurado à **Estipulante** optar por aplicação de faixa etária nos prêmios relacionados aos ex-empregados.

16.1.7. Caso à **Estipulante**, na qualidade de responsável pelo contrato e representante dos segurados, opte pela aplicação de faixa etária para a totalidade dos ex-empregados, nos termos da Resolução Normativa n. 279/2011, deverá solicitar estudo personalizado a **Seguradora**, o que implicará em aditamento contratual.

16.1.8. Na hipótese prevista no parágrafo anterior a **Seguradora** se compromete em apresentar o estudo solicitado no prazo de 15 (quinze) dias, podendo este prazo ser ampliado desde que haja comum acordo entre as partes contratantes.

16.2. PAGAMENTO DE MENSALIDADE.

16.2.1. Os prêmios mensais deverão ser pagos, até a data do seu vencimento, nos estabelecimentos bancários ou outros locais indicados pela **Seguradora**. Ocorrendo o vencimento no sábado, domingo ou feriado, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

16.2.2. A **Estipulante** deverá comunicar à **Seguradora** sempre que não acusar o recebimento da fatura até 5 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento prevista nas condições particulares do contrato.

16.2.3. Nenhum pagamento de prêmio será reconhecido pela **Seguradora** se o **Estipulante** não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela **Seguradora**, exceto nos casos de esclarecimentos fornecidos diretamente pelos bancos à **Seguradora**.

16.2.4. Sobre o prêmio mensal pago após a data de seu vencimento incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o seu valor original e juros de mora calculados à razão dos dias de atraso, limitados a 1% (um por cento) ao mês.

16.2.5. O pagamento de um prêmio mensal não quita prêmios anteriores nem dá ao segurado direito à cobertura objeto do seguro, caso algum prêmio de mês anterior não tenha sido quitado.

16.2.6. A **Estipulante** reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da **Seguradora**, o prêmio mensal pendente.

16.2.7. Caso a **Estipulante** deixe de apresentar, em determinado mês, documento que comprove as inclusões e exclusões de segurados, bem como solicitação de alterações, até o 20º (vigésimo) dia anterior à data de vencimento da fatura, a **Seguradora** fica autorizada a emitir fatura com base no grupo segurado do mês anterior.

16.2.8. O prêmio referente às inclusões, quando aceitas pela **Seguradora**, será cobrado pró-rata dia.

16.2.9. O pagamento integral da fatura mensal é de responsabilidade da **Estipulante**, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/98.

17. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL

17.1. OS CONTRATOS COM ATÉ 99 (NOVENTA E NOVE) PARTICIPANTES SERÃO REAJUSTADOS CONFORME ABAIXO:

17.1.1. O prêmio mensal da Apólice será reajustado, anualmente, cumulativa ou isoladamente no mês do aniversário do contrato considerando:

1. A variação dos custos dos serviços odontológicos - VCO, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos;

2. A variação da sinistralidade acumulada do grupo de apólices da carteira Pequenas e Médias Empresas, se superior a 65% (sessenta e cinco por cento). Atendida esta condição, haverá enquadramento da apólice conforme sua faixa de sinistralidade, observando o seu desempenho isolado no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de aniversário da apólice, de acordo com a tabela a seguir:

FAIXA DE PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE	
MAIOR QUE	MENOR OU IGUAL A
65%	70%
70%	80%
80%	90%
90%	100%
100%	150%
150%	200%
200%	EM DIANTE

Conforme tabela acima, será calculado índice de reajuste de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{ÍNDICE DE REAJUSTE DA FAIXA} = \left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS} - \text{COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS} - \text{IOF}} \right]$$

Sendo que:

0,65

Sinistros ocorridos = somatório dos valores destinados ao reembolso das despesas odontológicas garantidas pelo seguro, do grupo de apólices ocorridas no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação;

Coparticipação = somatório das coparticipações das apólices enquadradas na mesma faixa de sinistralidade;

Prêmios Recebidos = somatório dos prêmios recebidos das apólices enquadradas na mesma faixa de sinistralidade, no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação.

17.1.2. Este índice será aplicado para todas as apólices da mesma faixa de sinistralidade de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \text{PRÊMIO ATUAL} \times \text{ÍNDICE DE REAJUSTE DA FAIXA}$$

17.1.3. As apólices de seguro com até 65% (sessenta e cinco por cento) de sinistralidade não terão os prêmios reajustados por variação de sinistralidade.

17.1.4. Quando for verificada a ocorrência de alteração sensível no grupo segurado e se resultar em uma diferença percentual superior a 5% (cinco por cento), será reajustado o prêmio de acordo com o prêmio médio comercializado. A identificação da diferença percentual ocorrerá seguindo a fórmula abaixo:

$$\text{DIFERENÇA PERCENTUAL} = \left[\frac{\text{PMC} - 1}{\text{PMV}} \right] \times 100$$

Sendo que:

PMC = Prêmio Médio Comercializado na data de avaliação.

PMV = Prêmio Médio Vigente na data de avaliação.

O Prêmio Médio Comercializado (PMC) corresponde ao número de vidas vigentes à época da avaliação.

17.1.5. A **Seguradora** comunicará a ANS todos os reajustes aplicados na apólice observando o prazo legal.

17.2. OS CONTRATOS A PARTIR DE 100 (CEM) PARTICIPANTES SERÃO REAJUSTADOS CONFORME ABAIXO:

17.2.1. O prêmio mensal da Apólice será reajustado, anualmente, cumulativa ou isoladamente no mês de aniversário do contrato considerando:

1. A variação dos custos dos serviços odontológicos - VCO, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos;

2. A variação da sinistralidade, se superior a 70% (setenta por cento), cujo cálculo seguirá a seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \text{PRÊMIO ATUAL} \times \left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS} - \text{COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS} - \text{IOF}} \right]$$

Sendo que:

0,70

$$\left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS} - \text{COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS} - \text{IOF}} \right] = \text{SINISTRALIDADE}$$

Sendo que:

Sinistros Ocorridos = somatório dos valores destinados ao reembolso das despesas odontológicas garantidas pelo seguro, ocorridas no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação, exceto no primeiro ano de vigência do contrato, onde será analisada a variação da sinistralidade apurada do 3º (terceiro) ao 12º (décimo segundo) mês;

Coparticipação = somatório das coparticipações da apólice;

Prêmios Recebidos = somatório dos prêmios recebidos da apólice, no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de avaliação, exceto no primeiro ano de vigência do contrato, onde será analisada a variação dos prêmios recebidos do 3º (terceiro) ao 12º (décimo segundo) mês.

17.2.2. Quando for verificada a ocorrência de alteração sensível no grupo segurado e se resultar em uma diferença percentual superior a 5% (cinco por cento), será reajustado o prêmio de acordo com o prêmio médio comercializado. A identificação da diferença percentual ocorrerá seguindo a fórmula abaixo:

$$\text{DIFERENÇA PERCENTUAL} = \left[\frac{\text{PMC} - 1}{\text{PMV}} \right] \times 100$$

Sendo que:

PMC = Prêmio Médio Comercializado na data de avaliação.

PMV = Prêmio Médio Vigente na data de avaliação.

O Prêmio Médio Comercializado (PMC) corresponde ao número de vidas vigentes à época da avaliação.

17.2.3. A **Seguradora** comunicará a ANS todos os reajustes aplicados na apólice observando o prazo legal.

18. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA

18.1. Decorrido o prazo de vencimento do prêmio mensal, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, as coberturas do contrato ficarão automaticamente suspensas, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, responsabilizando-se a **Estipulante** pelas despesas ocorridas durante o período de suspensão.

18.2. Ocorrendo a suspensão das coberturas, os prêmios devidos podem ser pagos até o 30º (trigésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, hipótese em que a cobertura será reativada para os eventos ocorridos a partir do 1º (primeiro) dia subsequente ao pagamento do prêmio em atraso.

18.3. Na hipótese de reativação da cobertura do contrato pela regularização do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, não haverá cobertura para qualquer tratamento ou serviço, ocorrido ou iniciado durante o período de suspensão da cobertura, mesmo que o tratamento venha a ser concluído após a regularização do pagamento.

18.4. Decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o contrato estará automaticamente cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, o contrato de seguro será cancelado, independentemente de interpelação judicial, sem indenização ou devolução dos prêmios pagos a **Estipulante**, nas seguintes situações:

a) caso o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, conforme estabelecido no Código Civil;

b) por iniciativa da **Seguradora**, que poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;

c) quando o número de vidas que compõe o Grupo Segurado for inferior aos percentuais de manutenção estabelecidos nestas Condições Gerais ou quando a composição do grupo segurado ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações, que tornem inviáveis a sua manutenção pela **Seguradora** e que não haja acordo para reajuste dos prêmios.

d) imotivadamente, por iniciativa da **Seguradora** ou da **Estipulante** com 60 (sessenta) dias de aviso prévio, desde que o contrato tenha no mínimo 12 (doze) meses de vigência. Neste caso não serão admitidas movimentações no seguro, no período de aviso prévio;

19.2. Na hipótese de cancelamento imotivado da apólice por iniciativa da **Estipulante** ou da **Seguradora**, em período inferior a 24 (vinte e quatro) meses de vigência, a parte que originou o cancelamento ficará responsável pelo pagamento, no mês subsequente à rescisão contratual, do montante correspondente a 03 (três) vezes o valor médio mensal dos últimos 06 (seis) prêmios emitidos. Neste caso, reconhecerá o referido montante como dívida líquida, certa, definitiva e irretroatável, permanecendo como responsável por seu pagamento à parte contrária, mesmo após o encerramento do contrato, podendo este instrumento ser utilizado para propositura de ação de execução.

19.3. A penalidade prevista nesta cláusula também será devida em caso de rescisão contratual por inadimplência, em período inferior a 24 (vinte e quatro) meses de vigência da apólice.

19.4. Fica estabelecido que uma vez denunciado o contrato não serão efetuadas movimentações cadastrais de exclusões sem justo motivo, assim entendidas todas as exclusões que não configurem perda do vínculo do segurado.

20. EXCLUSÃO DE SEGURADO

20.1. A perda da qualidade de segurado poderá ocorrer nas seguintes situações:

20.1.1. EXCLUSÃO DO SEGURADO TITULAR:

- a) Quando a **Estipulante** solicitar por meio de formulário próprio a sua exclusão;
- b) Pelo término do vínculo com a **Estipulante**, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos contributários, nos termos da lei, cabendo a **Estipulante** comunicar aos segurados as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei n. 9656 de 1998.
- c) O segurado estará automaticamente excluído quando ocorrerem quaisquer das situações retratadas na cláusula Cancelamento do Contrato destas Condições Gerais.
- d) Pelo cancelamento do presente Contrato.
- e) Por fraude praticada pelo segurado titular, ou inobservância das obrigações estabelecidas por lei ou nestas Condições Gerais.

20.1.2. EXCLUSÃO DE SEGURADO DEPENDENTE

- a) Pela perda da condição de dependência;
- b) Pela exclusão do segurado titular;
- c) Por fraude praticada pelo segurado dependente ou inobservância das obrigações estabelecidas por Lei ou nestas Condições Gerais.
- d) Pelo cancelamento do presente contrato.

20.1.3. Caberá tão-somente à **Estipulante** solicitar a suspensão ou exclusão de segurados.

20.1.4. A **Seguradora** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde, na segmentação odontológica, dos segurados, sem a anuência da **Estipulante**, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, conforme previsto neste Contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9656/98.

20.2. Na hipótese de solicitação de cancelamento do seguro do titular ou dependente pela **Estipulante**, antes de decorrido o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início de vigência individual do seguro, excetuadas as hipóteses previstas no item anterior, a **Estipulante** será responsável pelo pagamento do valor total das parcelas vincendas até o 24º (vigésimo quarto) mês de vigência do seguro correspondente a cada segurado cancelado.

20.3. Quando do cancelamento do contrato, seja qual for o motivo, caberá a **Estipulante**, assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de eventos/tratamentos, penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, que envolvam os segurados incluídos no seguro contratado, após a rescisão do contrato, obrigando-se a ressarcir a **Seguradora** de todos os valores que esta venha a despendar.

21. DEMITIDOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIOS

21.1. Ao segurado titular que contribuir para o seguro saúde, na segmentação odontológica, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão, exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, é assegurado o direito de manter sua condição de segurado - e dos segurados dependentes a ele vinculados - no mesmo contrato de seguro saúde e nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9656/1998, observada a Resolução Normativa n. 279/2011 e suas posteriores alterações.

21.2. Para fins dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 e normativos vigentes, considera-se contribuição qualquer valor pago pelo segurado titular, inclusive, com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade do plano de saúde oferecido pelo Empregador em decorrência de vínculo empregatício.

21.3. Não é considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes, quando houver, e à coparticipação do segurado paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência.

21.4. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar da **Estipulante**, no momento de seu desligamento, será garantido o direito de manutenção na condição de segurado inativo aposentado, observado o disposto no artigo 31 da Lei n. 9656/1998, bem como a Resolução Normativa n. 279/2011 e suas posteriores alterações.

21.5. O período de manutenção da condição de segurado para ex-empregado demitido, exonerado, sem justa causa, ou aposentado observará os prazos abaixo:

SEGURADO TITULAR	PERÍODO MÁXIMO
Demitido sem justa causa que contribuiu com o pagamento do plano de assistência à saúde, segmentação odontológica	1/3 (um terço) da permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
Aposentado que contribuiu com o pagamento do plano de assistência à saúde, segmentação odontológica, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos	Indeterminado
Aposentado que contribuiu com o pagamento do plano de assistência à saúde, segmentação odontológica, por prazo inferior a 10 (dez) anos	1 (um) ano para cada ano de contribuição

21.6. A manutenção da condição de segurado está garantida a todos os dependentes do segurado titular inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

21.7. Fica garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de segurado dependente.

21.8. Em caso de morte do titular, é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, observada a Resolução Normativa n. 279/2011 e suas posteriores alterações.

21.9. O direito de manutenção de que trata esta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

22. DAS OBRIGAÇÕES NOS CONTRATOS DE PLANOS CONTRIBUTÁRIOS

22.1. A **Estipulante**, no ato da comunicação do aviso prévio ou aposentadoria, deverá comunicar por escrito ao segurado titular o direito de manutenção no seguro saúde, na segmentação odontológica, observadas as mesmas condições de cobertura assistencial, reajuste, preço, faixa etária, e for o caso, e fator moderador, se houver, de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho.

22.1.1. Para o exercício do direito previsto nesta cláusula o ex-empregado demitido ou aposentado deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação do empregador, formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

22.1.2. A **Estipulante** se compromete a fornecer a **Seguradora**, no ato da exclusão do segurado, as seguintes informações:

- a) Foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde e por quanto tempo;
- c) Optou pela sua manutenção como segurado ou se recusou a manter esta condição;
- d) Era aposentado antes de sua demissão.

22.1.3. A **Seguradora** somente providenciará a exclusão do segurado no seguro saúde, na segmentação odontológica, após a confirmação das informações previstas nesta cláusula.

22.1.4. A inscrição do segurado demitido ou aposentado será efetivada mediante a apresentação a **Seguradora** dos documentos abaixo:

- a) Formulário Declaração Opcional do Plano de Saúde - fornecido pela Porto Seguro - Seguro Saúde;
- b) Cópia da rescisão homologada;
- c) Cópia dos comprovantes das 3 (três) últimas contribuições para o plano de ativos;
- d) Cópia do documento que comprove a condição de aposentado do segurado, se for o caso.

22.1.5. A **Estipulante** se responsabiliza pela comunicação aos segurados contribuintes, do direito de serem mantidos no seguro saúde, na segmentação odontológica, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como pela veracidade das informações prestadas a **Seguradora** no ato da exclusão do segurado.

22.1.6. O descumprimento desta cláusula sujeitará a **Estipulante** ao pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridos pela **Seguradora**.

22.1.7. Os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado serão considerados, para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998, no caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pelo empregador mediante a contratação sucessiva de mais de uma **Seguradora**.

22.1.8. A contribuição do empregado, relativa ao pagamento do prêmio mensal do seguro saúde, segmentação odontológica, oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998 como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

22.1.9. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao seguro saúde, segmentação odontológica, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão em outras **Seguradoras**, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, observada a Resolução Normativa nº 279/2011 e suas posteriores alterações.

22.2. EXTINÇÃO DO DIREITO ASSEGURADO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº. 9.656/1998.

22.2.1. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

- a) pelo decurso dos prazos previstos nestas Condições Gerais;
- b) pela admissão do segurado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em outro plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.
- c) pelo cancelamento do seguro saúde, segmentação odontológica, pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados;
- d) caso não ocorra o pagamento do prêmio mensal, decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento, consecutivos ou não, o benefício estará automaticamente cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.

22.2.2. Na hipótese de cancelamento do contrato de seguro saúde, na segmentação odontológica, pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados ou ao término do prazo assegurado nas Condições Gerais do Contrato, a **Seguradora** está desobrigada a oferecer a continuidade do plano de assistência à saúde em um plano individual, na forma do artigo 3º da Resolução CONSU n. 19 de 25 de março de 1999 e suas alterações.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. CLÁUSULA ADICIONAL PARA REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIO AOS SEGURADOS DEPENDENTES DO SEGURADO TITULAR FALECIDO

23.1.1. OBJETO

Fica assegurada, aos segurados dependentes incluídos no seguro, a manutenção do seguro contratado, em caso de falecimento do segurado titular, pelo prazo de 01 (um) ano, sem pagamento de prêmios, desde que o contrato de seguro coletivo empresarial esteja vigente e que não tenha prêmio pendente.

23.1.2. BENEFICIÁRIOS

Para fins de validade desta cláusula, são considerados segurados dependentes, desde que cumprido o prazo para concessão e enquanto mantiverem sua condição de dependência as pessoas adiante descritas:

- a) cônjuge ou companheiro (a);
- b) filhos solteiros menores de 30 (trinta) anos de idade;
- c) filhos inválidos de qualquer idade.

23.1.3. COBERTURAS E LIMITES

Ficam mantidas as coberturas e limites do seguro contratado no qual os segurados dependentes estiverem incluídos na data de início de vigência desta cláusula adicional.

23.1.4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Está excluída a garantia da cobertura desta cláusula de remissão se o falecimento do segurado titular for decorrente dos seguintes eventos:

- a) suicídio ou qualquer ato ilícito devidamente comprovado;
- b) simulação e/ou fraude;
- c) ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do segurado e sem necessidade justificada;
- d) atos ou operações de guerra, tumultos ou outras perturbações da ordem pública quando declarados por autoridade competente;
- e) atividades esportivas e/ou profissionais de alto risco;
- f) radiação e/ou emanção nuclear ou ionizante;
- g) envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população quando declarados por autoridade competente;

23.1.5. PRAZO PARA CONCESSÃO DA REMISSÃO

O prazo estabelecido para entrada em vigor da cobertura de remissão prevista nesta cláusula é de 180 (cento e oitenta) dias contados da data de início de vigência do seguro e anteriores à data do falecimento do segurado titular, exceto nos casos de morte por acidente pessoal devidamente comprovado.

23.1.6. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INÍCIO DA VIGÊNCIA DA REMISSÃO

Deverão ser apresentados os documentos abaixo para fins de fruição do benefício estabelecido nesta cláusula:

- a) solicitação por escrito à **Seguradora**, requerendo a cobertura de remissão;
- b) cópia da certidão de óbito do segurado titular;
- c) cópia de documentos que comprovem a relação de dependência dos segurados dependentes para com o segurado titular;
- d) cópia do boletim de ocorrência, quando se tratar de morte acidental.

Os documentos anteriormente mencionados não são taxativos, podendo a **Seguradora**, a qualquer tempo, solicitar cópia de qualquer documentação que julgar necessária.

23.1.7. VIGÊNCIA

A vigência da cobertura de remissão terá início a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da comunicação à **Seguradora** do falecimento do segurado titular, acompanhada da documentação solicitada nesta cláusula e desde que o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura por este seguro.

Para validade desta cobertura adicional, a solicitação para remissão de pagamento de prêmio dos segurados dependentes do segurado titular falecido deve ocorrer em até 30 (trinta) dias contados da data de óbito deste.

Esta cobertura cessará automaticamente nas seguintes situações:

- a) quando o segurado dependente perder a condição de dependência;
- d) quando ocorrerem quaisquer das situações retratadas nas Condições Gerais como causa de Cancelamento da Apólice de Seguro;
- e) no último dia do período definido no Objeto desta cláusula adicional.

Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações no contrato de seguro.

23.1.8. Permanecem inalteradas todas as cláusulas e itens das Condições Gerais constantes deste seguro, não alteradas expressamente por esta cláusula.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

24.1. São partes integrantes do contrato, para os devidos fins, os formulários de pré-cadastro de dados pessoais, as Condições Particulares referentes ao Plano de Seguro Saúde, segmentação odontológica, contratado, o Orçamento, a Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO, o Aditamento Contratual, o Guia de Leitura Contratual e o Manual de Orientação Para Contratação de Plano de Saúde.

24.2. O segurado tem ciência e permite que a **Seguradora**, por meio de um profissional cirurgião dentista indicado por ela, consulte qualquer entidade de direito público ou privado, pessoas físicas ou jurídicas, com objetivo de obter informações relacionadas à cobertura deste seguro.

24.3. As informações de natureza médica/odontológica que a **Seguradora** venha a ter acesso, em razão da assistência odontológica prestada por cirurgiões dentistas, clínicas e laboratórios aos segurados cobertos pelo plano contratado, ficarão sob a égide da legislação concernente ao sigilo odontológico/médico. O fluxo dessas informações observará, ainda, a forma prevista na Resolução Normativa n. 21, de 12/12/2002, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou outra norma que vier a substituí-la.

24.4. As comunicações da **Estipulante** somente serão válidas quando feitas por escrito.

24.5. As comunicações feitas à **Seguradora** por um Corretor de Seguros, em nome da **Estipulante**, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte da **Estipulante**.

24.6. A partir do 1º (primeiro) dia de cancelamento do Seguro, cessa para todos os efeitos legais a responsabilidade da **Seguradora** pelos atendimentos, passando imediatamente à responsabilidade da **Estipulante** todas as despesas devidas após esta data.

24.7. Fica reservada a **Seguradora** a possibilidade de solicitar ao segurado a realização de exames ou perícia para esclarecimentos/orientações complementares quanto aos procedimentos solicitados pelo cirurgião dentista.

24.8. A realização de perícia ou exame previsto nesta cláusula observará os prazos de garantias de atendimentos previstos nos normativos vigentes.

24.9. Nenhuma responsabilidade caberá a **Seguradora** por atos profissionais dolosos, culposos ou acidentais, danosos ao Segurado, resultantes de procedimentos odontológicos, prestados em consultórios, clínicas ou serviços congêneres utilizados pelo Segurado.

24.10. A **Seguradora** poderá a qualquer tempo substituir/cancelar o referenciamento de cirurgiões-dentistas, clínicas e serviços, bem como nomear novos prestadores a seu exclusivo critério.

24.11. A **Estipulante** é responsável pela vigilância e fiscalização dos cartões de identificação, pela distribuição e recolhimento, bem como pelas despesas advindas da utilização indevida, inclusive as decorrentes de roubo ou extravio não comunicados à **Seguradora**.

24.12. Independentemente do cancelamento do contrato, fica ressalvada a **Seguradora** do direito de cobrar os prêmios vencidos que não foram pagos pela **Estipulante** durante a vigência do seguro.

24.13. As despesas assistenciais efetuadas indevidamente conforme descrito anteriormente, terão acréscimo de 12% (doze por cento) relativo à taxa administrativa e serão corrigidas pela **Seguradora** pelo índice da Taxa Referência - TR, ou índice que venha a substituí-la, desde a data do desembolso pela **Seguradora** até a data do seu ressarcimento pela **Estipulante**.

24.14. A **Estipulante** reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da **Seguradora**, qualquer atendimento prestado a seus segurados, bem como, quando contratado, o pagamento da coparticipação devida, após o

cancelamento do Seguro ou a exclusão do Segurado.

24.15. A **Estipulante** autoriza ainda, a **Seguradora** a emitir e debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente às eventuais despesas ocorridas, independentemente dos mecanismos a que a **Estipulante** tenha que recorrer objetivando recuperá-las posteriormente junto aos Segurados, mesmo após o término da vigência da Apólice de Seguro.

24.16. A cobertura dos segurados dependentes cessará concomitantemente com a do segurado titular quando se verificar qualquer das hipóteses previstas nos itens anteriores ou quando perderem a condição de dependência caracterizada nessas condições gerais.

24.17. A **Estipulante** na qualidade de representante dos seus segurados perante a **Seguradora**, decorrente do contrato de seguro, se responsabiliza pelo pagamento das despesas sem cobertura contratual, custeadas pela **Seguradora** por força de processo judicial e/ou administrativo.

24.18. Na hipótese de cancelamento do contrato, por qualquer motivo, a **Estipulante** é responsável pela transferência de todos os segurados titulares, dependentes, ativos e ex-empregados demitidos ou aposentados, para o novo contrato de plano de assistência à saúde ou seguro saúde, na segmentação odontológica.

24.19. O descumprimento desta cláusula sujeitará a **Estipulante**, ao pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridas pela PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE.

25. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio da **Estipulante** para dirimir quaisquer dúvidas a respeito do contrato.



PORTO
SEGURO
SEGUROS

Odontológico

PORTO SEGURO ODONTOLÓGICO ORÇAMENTO

NÚMERO DO ORÇAMENTO
31412582

IMPRESSÃO:
05/12/2018 - 16:16:15

C.N.P.J. 04.540.010/0001-70

Válido por 60 dias da Data da Emissão

DADOS CADASTRAIS

NOME DA EMPRESA CONFEDERACAO BRASILEIRA DE TENIS DE MESA	CNPJ 30482319/0001-61	VALOR DA UPO R\$0,49	DATA DE EMISSÃO 05/12/2018
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 93.19-1-99 - OUTRAS ATIVIDADES ESPORTIVAS NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE			CÓD. OPERAÇÃO N001

DADOS DO ENDEREÇO

ENDEREÇO R. HENRIQUE DE NOVAIS	NÚMERO 190	BAIRRO BOTAFOGO
CEP 22281-050	COMPLEMENTO	CIDADE RIO DE JANEIRO
		ESTADO RJ

INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO CORRETOR

SUSEP 80ZA1J	NOME DA CORRETORA RS INSURANCE CONSULTORIA E CORRETAGEM DE	TELEFONE (21)31780522
E-MAIL regina.silveira@rsinsurance.com.br		

ORÇAMENTO

TIPO DE CONTRATAÇÃO COMPULSÓRIO (100% FGTS)	Nº DE VIDAS COTADAS 20	POTENCIAL DE VIDAS (TIT.+DEP) 20	POSSUI PLANO ODONTOLÓGICO HÁ MAIS DE 2 ANOS? NÃO
--	---------------------------	-------------------------------------	---

PLANO	VALOR SEM IOF (EM R\$) PER CAPITA	VALOR COM IOF (EM R\$) PER CAPITA	Nº DE VIDAS
Odonto Bronze I (467.705/12-6)	21,87	22,39	20
Odonto Prata I (467.706/12-4)	120,71	123,58	0
Odonto Ouro I (467.707/12-2)	141,07	144,43	0
SUBTOTAL		IOF (2,38%)	VALOR TOTAL DA FATURA
437,40		10,41	447,81

IMPORTANTE: verificar se a rede Referenciada atende às necessidades dos Clientes segurados.

30.482.319/0001-61
CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA
DE TÊNIS DE MESA
Rua Henrique de Novaes, 190
Botafogo
RIO DE JANEIRO - RJ

ANS - nº 00058-2

OBSERVAÇÕES

- 1 Válido por 60 dias da Data da Emissão
- 2 Coberturas e carências dos planos conforme Condições Gerais do produto contratado.
- 3 Proposta válida para sócios e funcionários CLT juntamente com seus dependentes.
- 4 Não serão aceitos funcionários temporários, funcionários particulares e prestadores de serviço.
- 5 À Seguradora é concedido o prazo de 20 (vinte) dias para análise e aceitação, contados a partir da data do protocolo deste orçamento e da documentação necessária para proceder à emissão do seguro. Durante este período os proponentes não estarão cobertos para qualquer evento, inclusive acidente pessoal ou urgências.
- 5.1 Para as contratações de Seguro Odontológico PME (de 04 a 99 vidas) não será exigida a apresentação dos documentos originais necessários para avaliação da SEGURADORA e consequente implantação do contrato, podendo estes serem entregues de forma digitalizada (PDF), por meio eletrônico.
- 5.2 O CORRETOR/ESTIPULANTE está ciente e concorda que em qualquer hipótese em que seja exigida a consulta aos documentos originais pela SEGURADORA, o CORRETOR/ESTIPULANTE deverá disponibilizá-los no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a contar da solicitação feita. Caso não seja possível, por qualquer motivo, a localização dos documentos originais, o CORRETOR/ESTIPULANTE deverá empenhar todos os esforços para obtê-los novamente, sob pena de responder por eventuais prejuízos causados à SEGURADORA.
- 6 Exclusão de segurado: Na hipótese de cancelamento solicitado pela Estipulante do seguro do segurado titular e/ou dependente, antes de decorrido o prazo de 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência individual do seguro, com exceção da ocorrência de perda de vínculo, fraude e cancelamento do contrato de seguro, a Estipulante será responsável pelo pagamento do valor total das parcelas vincendas até o 12º (décimo segundo) mês de vigência do seguro correspondente a cada Segurado cancelado.
- 7 A Estipulante declara ter conhecimento das regras de elegibilidade para inclusão de segurados e que todas as inclusões, independentemente da ocasião em que forem realizadas, estão de acordo com o prazo e condições estipuladas em contrato e que é de sua responsabilidade eventuais danos ocasionados a Seguradora, caso alguma inconsistência seja apurada nesse processo, estando ciente que as inclusões efetuadas fora do prazo estão sujeitas a imputação de carência.
- 7.1 A Estipulante deverá manter em seu poder e fornecer à Seguradora quando solicitado, independentemente do motivo, no prazo de 03 (três) dias úteis, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, seja via web seja por entrega de dados diretamente na Seguradora, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, bem como os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, em conformidade com o disposto nas Condições Gerais, sob pena de bloqueio do acesso da cobertura ao grupo segurado e do ressarcimento à Seguradora dos valores referentes a eventuais multas pecuniárias decorrentes de autuação por parte da ANS em virtude da ausência destes dados, ainda que a apólice esteja cancelada.
- 8 Tendo em vista que a Porto Seguro - Seguro Saúde S/A não comercializa planos individual/familiar, na hipótese de rescisão do contrato, por qualquer motivo, a Seguradora está desobrigada a oferecer a continuidade de assistência em plano dessa modalidade, dessa forma todos os segurados ativos e inativos serão cancelados.
- Havendo contratação de operadora ou seguradora sucessora, a Estipulante se compromete a transferir todos os segurados ativos e inativos.
- A Estipulante reconhece ser responsável perante à Porto Seguro - Seguro Saúde em todas e quaisquer despesas de assistência exclusivamente odontológica decorrentes de demandas judiciais e administrativas geradas por seus segurados, que a Porto Saúde seja compelida a arcar, após o cancelamento da Apólice.
- 9 As partes acordam em alterar o "ponto de equilíbrio (break even)" do contrato para fins de reajuste por sinistralidade, estabelecido na Cláusula 17 - REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL, que passa a ser 60% (sessenta por cento).
- 9.1 Em razão da alteração prevista no item acima, ficam alterados os seguintes itens/subitens da Cláusula 17.1 e 17.2:
- 17.1 OS CONTRATOS COM ATÉ 99 (NOVENTA E NOVE) PARTICIPANTES SERÃO REAJUSTADOS CONFORME ABAIXO:
- 17.1.1 (...)
- 1 (...)
- 2 A variação da sinistralidade acumulada do grupo de apólices da carteira Pequenas e Médias Empresas, se superior a 60% (sessenta por cento). Atendida esta condição, haverá enquadramento da apólice conforme sua faixa de sinistralidade, observando o seu desempenho isolado no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de aniversário da apólice, de acordo com a tabela a seguir:

FAIXA DE PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE	
MAIOR QUE	MENOR OU IGUAL A
60%	70%
70%	80%
80%	90%
90%	100%
100%	150%
150%	200%
200%	EM DIANTE

Conforme tabela acima, será calculado índice de reajuste de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Reajuste da Faixa} = \frac{\left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS - COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PREMIOS RECEBIDOS - IOF}} \right]}{0,6}$$

Os demais itens desta cláusula permanecem inalterados, inclusive o que diz respeito ao cálculo e aplicação do reajuste financeiro - VCO.

17.2 OS CONTRATOS A PARTIR DE 100 (CEM) PARTICIPANTES SERÃO REAJUSTADOS CONFORME ABAIXO:

17.2.1 (...)

1 (...)

2 A variação da sinistralidade, se superior a 60% (sessenta por cento), cujo cálculo seguirá a seguinte fórmula:

$$\text{Prêmio Reajustado} = \frac{\text{Prêmio Atual} \times \left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS - COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PREMIOS RECEBIDOS - IOF}} \right]}{0,6}$$

Os demais itens desta cláusula permanecem inalterados, inclusive o que diz respeito ao cálculo e aplicação do reajuste financeiro - VCO.

10 As novas inclusões de segurados serão processadas sempre para a próxima competência, após a conclusão do processo de aceitação.

11 Na hipótese de cancelamento imotivado da apólice por iniciativa do Estipulante ou da Seguradora, em período inferior a 12 (doze) meses de vigência, a parte que originou o cancelamento ficará responsável pelo pagamento, no mês subsequente à rescisão contratual, do montante correspondente a três vezes o valor médio mensal dos últimos seis prêmios emitidos. Neste caso, reconhecerá o referido montante como dívida líquida, certa, definitiva e irretratável, permanecendo como responsável por seu pagamento à parte contrária, mesmo após o encerramento do contrato, podendo este instrumento ser utilizado para propositura de ação de execução.

11.1 A penalidade prevista nesta cláusula também será devida em caso de rescisão contratual por inadimplência, em período inferior a 12 (doze) meses de vigência da apólice.

12 Em conformidade com o estabelecido em Resolução Normativa da ANS, fica salientada a obrigatoriedade do envio dos seguintes dados dos segurados: nome do beneficiário, data de nascimento, sexo, CPF (para titulares de qualquer idade e dependentes maiores de 18 anos), nome da mãe, endereço completo para todos os proponentes e Cartão Nacional de Saúde, sendo que a ausência destes dados cadastrais poderá acarretar atraso na análise da emissão da Apólice ou até mesmo a devolução da documentação para regularização.

12.1 Para atendimento ao estabelecido na Resolução Normativa nº 117/2005 da ANS, além dos dados citados acima, se faz necessário o envio, para todos os proponentes, dos seguintes dados cadastrais: RG (data de expedição, órgão emissor e UF) ou dados do Passaporte ou Carteira Civil (se estrangeiro), atividade principal desenvolvida e número de telefone com código DDD, sendo que, na ausência destes dados, a Seguradora, em cumprimento à normativa, poderá encaminhar a informação acerca da sua não obtenção à ANS.

13 Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros/as contribuições a planos de caráter previdenciário/os pagamentos destinados a planos de capitalização, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

14 A Estipulante autoriza a Seguradora a utilizar a título gratuito, durante a vigência do contrato, o seu nome e logotipo em materiais de divulgação que façam menção à Estipulante como integrante da carteira de clientes da Seguradora.

A Estipulante declara que tomou conhecimento da rede referenciada dos planos contratados e que está ciente e de acordo com a disponibilização da rede no site da Seguradora (www.portoseguro.com.br/odonto), bem como suas atualizações, nos termos da legislação vigente. A rede referenciada e suas atualizações também podem ser consultadas na Central de Atendimento 24 horas.

Em caso de dúvidas, contate-nos pela Central de Atendimento 24 horas: (11) 3363-3003 (Grande São Paulo) ou 0800-727-2800 (demais localidades), 0800 727-8736 (atendimento exclusivo para deficientes auditivos, por meio de equipamento habilitado para essa finalidade) ou pela Ouvidoria E-mail: ouvidoria@portoseguro.com.br, Telefones: (11) 3366-3184 / 0800 727 1184.

Declara, ainda, que está ciente e de acordo que, caso o segurado tenha interesse em receber o manual da rede referenciada impresso, a estipulante fará solicitação para o e-mail "contato.odonto@portoseguro.com.br".

Este documento é parte integrante e indissociável das Condições Gerais do Contrato de Seguro Coletivo Empresarial/PME de Assistência à Saúde na Segmentação Odontológica.

Permancem inalteradas todas as cláusulas contratuais previstas nas Condições Gerais do Contrato de Seguro Coletivo Empresarial/PME de Assistência à Saúde na Segmentação Odontológica que não foram expressamente alteradas pelo presente instrumento.

Ry 12/02/2019
LOCAL E DATA

RESPONSÁVEL DA EMPRESA

ASSINATURA DO CORRETOR

30.482.319/0001-61
CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA
DE TÊNIS DE MESA
Rua Henrique de Novaes, 190
Botafogo
RIO DE JANEIRO - RJ

23.598.702/0001-14
RS INSURANCE CONSULTORIA
E CORRETAGEM DE SEGUROS LTDA
Rua da Quitanda, 199 - Sala 905
Centro - CEP 20.091-005
RIO DE JANEIRO - RJ