



**ILUSTRÍSSIMO SENHOR OFICIAL DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS DE SANTOS/ SP.**

A **ASSOCIAÇÃO SANTA SAÚDE**, com inscrição no CNPJ sob o n.º 13.001.218/0001-02, e registro de Operadora de Planos de Saúde, na Agência Nacional de Saúde - ANS sob o n.º 41.802-1, com sua sede na Rua Doutor Antônio Bento, n.º 162, neste Município de Santos, SP, por seu Diretor Presidente, Sr. Augusto Capodicasa, portador da Cédula de Identidade de RG. n.º 10.556.844-2, inscrito no CPF/MF nº 080.572.508-36, vem requerer de V. S., proceder ao REGISTRO PERANTE ESSE CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS DE SANTOS/ SP, em atenção ao princípio da publicidade de seus atos, para todos os fins e efeitos de direito, de seu modelo padrão de plano odontológico – Coletivo Empresarial, bilateral ao **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA** nas seguintes modalidades registradas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob as denominações:

1. PLANO - **Santa Saúde Odonto - Empresarial** registrado sob nº **461.897/10-1**.

Pelo provimento.

Santos, 16 de agosto de 2023.

---

Augusto Capodicasa  
Diretor Presidente



**Anexo I**

Operadora: **Associação Santa Saúde**

CNPJ: **13.001.218/0001-02**

Registro ANS: **41.802-1**

Site: <https://planosantasaude.com.br/>

Telefone: **(13) 4007-2250**

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças Entre Planos Individuais e Coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de se vincular a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante

## Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

|                 | PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES  | PLANOS COLETIVOS  |   |
|-----------------|---|---|---|
| <b>CARÊNCIA</b> | É permitida a exigência de cumprimentos de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos. | <b>Coletivo Empresarial</b>   |   |
|                 |   | Com 30 participantes ou mais  | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. |
|                 |   | Com menos de 30 participantes   | É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.  |
|                 |   | <b>Coletivo por Adesão</b>  |   |
|                 |   | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias de celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta por adesão até 30 dias da data de assinatura do contrato. |   |



**Anexo I**

Operadora: **Associação Santa Saúde**

CNPJ: **13.001.218/0001-02**

Registro ANS: **41.802-1**

Site: <https://planosantasaude.com.br/>

Telefone: **(13) 4007-2250**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b> | Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CTP é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLPs não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo, na forma prevista pela RN° 162/2007. | <b>Coletivo Empresarial</b>   |  |
|   |  | Com 30 participantes ou mais  | Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. |
|   |  | Com menos de 30 participantes   | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.   |
|   |  | <b>Coletivo por Adesão</b>  |  |
|   |  | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.   |  |
| <b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>            | É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde. Autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.  |   |  |
| <b>REAJUSTE</b>                           | Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.  | Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao |  |



**Anexo I**

Operadora: **Associação Santa Saúde**

CNPJ: **13.001.218/0001-02**

Registro ANS: **41.802-1**

Site: **<https://planosantasaude.com.br/>**

Telefone: **(13) 4007-2250**

|   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contato e atendendo à RN nº 63/2003.   |
| <b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b> | Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS. |   |
| <b>VIGÊNCIA</b>                                 | A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.  | A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.  |
| <b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b>        | Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.                  | Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência. |

**Perda da Condição de Beneficiário nos Planos Coletivos**

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

**Direitos dos Artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos Planos Coletivos Empresariais**

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um gozo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou





## Anexo I

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: <https://planosantasaude.com.br/>  
Telefone: **(13) 4007-2250**

servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em novo emprego ou cargo.

### **Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias após a extinção do benefício para contratar junto à operadora o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

### **Cobertura e Segmentação Assistencial**

Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação existencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência-emergência integral após 24 horas, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

### **Abrangência Geográfica**

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

### **Área de Atuação**

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

### **Administradora de Benefícios**

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação do plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato



### Anexo I

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: <https://planosantasaude.com.br/>  
Telefone: **(13) 4007-2250**

coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

**Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS 0800-701-9656.**

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO**

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério  
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)



**Anexo II**

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: <https://planosantasaude.com.br/>  
Telefone: (13) 4007-2250

## Guia de Leitura Contratual

|   |  | <b>Página do Contrato</b> |
|---|--|---------------------------|
| <b>CONTRATAÇÃO</b>                              | Determina se o plano de saúde se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.  | 2                         |
| <b>SEGMENTAÇÃO ASSISTNCIAL</b>                  | Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e suas combinações.   | 2                         |
| <b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>                     | Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.   | Não se aplica             |
| <b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b> | Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da abrangência nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupos de estados, grupos de municípios ou municipal.  | 2 e 3                     |
| <b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>    | É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, que está previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito. | 8 a 14                    |
| <b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>                  | É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, conforme previsto na legislação de saúde suplementar e na regulamentação da ANS, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.   | 15 a 17                   |
| <b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>     | Doenças e lesões preexistentes (DLP) são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável tenha ciência de ser portador quando de seu ingresso no contrato.  | Não se aplica             |
| <b>CARÊNCIAS</b>                                | Carência é o período em que o beneficiário não tem direito às coberturas contratadas. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente descrito, de forma clara, no contrato. Após  | 17 a 18                   |



**Anexo II**

Operadora: **Associação Santa Saúde**

CNPJ: **13.001.218/0001-02**

Registro ANS: **41.802-1**

Site: <https://planosantasaude.com.br/>

Telefone: (13) 4007-2250

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
|   | cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.  |                                  |
| <b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>  | São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional/terceira opinião/junta médica) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.   | Não se aplica                    |
| <b>VIGÊNCIA</b>   | Define o período em que vigorará o contrato.   | Proposta Contratual Odontológica |
| <b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>  | A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.   | 30 a 32                          |
| <b>REAJUSTE</b>   | O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como a inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário. | 22 a 23                          |
| <b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b> | Determina se o plano se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.  | 24 a 29                          |

**Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).**

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA DO CONTRATO.**

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



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)





## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

### **Sumário**

|   |    |
|---|----|
| 1 - DADOS GERAIS DO PLANO .....   | 2  |
| 2 - DO OBJETO E DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO .....  | 2  |
| 3 - DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO.....   | 3  |
| 4 - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS .....   | 3  |
| 5 - DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....   | 8  |
| 6 - DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA..   | 14 |
| 7 - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA.....   | 15 |
| 8 - DOS PRAZOS DE CARÊNCIA.....   | 17 |
| 9 - DA REDE CREDENCIADA DO PLANO .....  | 18 |
| 10 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO .....   | 18 |
| 11 - DAS REGRAS DE ACESSO À REDE E DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS .....   | 19 |
| 12 - DA JUNTA ODONTOLÓGICA.....   | 20 |
| 13 - DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO .....  | 21 |
| 14 - DOS REAJUSTES.....   | 22 |
| 15 - DO PLANO CONTINUIDADE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA.....   | 24 |
| 16 - DO PLANO CONTINUIDADE DO APOSENTADO.....   | 26 |
| 17 - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AO PLANO DE CONTINUIDADE .....  | 28 |
| 18 - DAS DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS GERAIS ACERCA DO PLANO CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO ..... | 29 |
| 19 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO.....   | 29 |
| 20 - DA RESCISÃO CONTRATUAL.....  | 30 |
| 21 - COMPARTILHAMENTO DE DADOS .....  | 32 |
| 22 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS .....   | 33 |
| 23 - DO FORO DE ELEIÇÃO .....   | 34 |



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo Empresarial

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado como,

Contratada: **ASSOCIAÇÃO SANTA SAÚDE**

Nome Fantasia: **PLANO SANTA SAÚDE**

CNPJ: **13.001.218/0001-02**

Endereço: **Rua Dr. Antônio Bento nº 162, térreo, Vila Mathias, Santos/SP**

Registro ANS: **41.802-1**

Classificação: **Medicina de Grupo**

CRO/SP: **14493**

Neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, e de outro lado como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica devidamente qualificada na Proposta de Adesão anexa à presente Condições Gerais, e que devidamente assinado pelas partes, faz parte integrante e indissociável para todos os fins de direito, têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

### 1 - DADOS GERAIS DO PLANO

|   |   |
|---|---|
| 1.1. Nome Comercial do Plano:                 | <b>Santa Saúde Odonto - Empresarial</b>                     |
| 1.2. Número de Registro na ANS:               | <b>461.897/10-1</b>   |
| 1.3. Tipo de Contratação:                     | <b>Coletivo Empresarial</b>                                 |
| 1.4. Segmentação Assistencial:                | <b>Odontológico</b>   |
| 1.5. Área Geográfica de Abrangência do Plano: | <b>Grupo de Municípios</b>                                  |
| 1.6. Área de Atuação do Plano de Saúde:       | <b>Santos, São Vicente, Praia Grande, Guarujá e Cubatão</b> |
| 1.7. Formação de Preço:                       | <b>Pré-Pagamento</b>  |
| 1.8. Serviços e Coberturas Adicionais:        | <b>Não Possui</b>   |
| 1.9. Possui Acesso a Livre Escolha:           | <b>Não Possui</b>   |
| 1.10. Fator Moderador:                        | <b>Porta de Entrada</b>                                     |

### 2 - DO OBJETO E DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

2.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica tem por objetivo, cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos com as coberturas das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

refere à saúde bucal, e no Rol de Procedimentos odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na época do evento. Os serviços serão prestados por terceiros aos BENEFICIÁRIOS do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

2.2. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, é bilateral, pois gera direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, assumindo os aderentes o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la, e de adesão, sujeito subsidiariamente às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

2.3. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 e suas regulamentações setoriais vigentes, em especial a Resolução Normativa RN 557/2022, bem como, subsidiariamente, pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

### **3 - DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO**

3.1. Nos termos da legislação vigente, os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios, compreendida pelos seguintes municípios: **Santos, São Vicente, Praia Grande, Guarujá e Cubatão.**

### **4 - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**

4.1. São considerados beneficiários TITULARES deste contrato:

- a) os empregados com vínculo celetista com a CONTRATANTE;
- b) os servidores públicos com vínculo estatutário com a CONTRATANTE;
- c) os empregados inativos, demitidos ou aposentados da CONTRATANTE, que optarem por permanecer no plano nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa RN 488/2022 da ANS;



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo Empresarial

- d) os sócios e administradores da CONTRATANTE;
- e) os agentes políticos;
- f) os trabalhadores temporários da CONTRATANTE;
- g) os estagiários e menores aprendizes da CONTRATANTE;

4.1.1. Para ser admitido como beneficiário titular, a CONTRATADA não poderá exigir outros requisitos que não os necessários para ingressar na pessoa jurídica CONTRATANTE.

4.2. Consideram-se **DEPENDENTES** do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:

- a) Cônjuge ou convivente em união estável, mediante apresentação da certidão de casamento ou declaração de que convive em união estável na forma da Lei nº 9.278/96 ou da Lei Orgânica da Previdência Social;
- b) Filhos naturais ou adotivos, solteiros, de qualquer idade, devidamente comprovado através da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);
- c) Genro, Nora ou Netos, desde que comprovado através de certidões de nascimento e casamento o vínculo com o titular;

4.3. Os enteados, tutelados ou curatelados, ou menores sob guarda judicial, são equiparados a filhos para fins deste contrato, e deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Enteados: apresentação da certidão de casamento ou declaração de que convive em união estável na forma da Lei nº 9.278/96 ou da Lei Orgânica da Previdência Social, além dos documentos relacionados na letra “b” do item anterior;
- b) Tutelado ou Curatelado ou menor sob guarda: apresentação do termo de tutela, curatela ou de guarda judicial além dos documentos relacionados na letra “b” do item anterior.

4.4. Fica assegurado à CONTRATADA o direito de exigir da CONTRATANTE no momento da inclusão do beneficiário, a comprovação de relação de dependente, aqui especificada.

4.5. A CONTRATANTE providenciará a inclusão no Plano Odontológico dos beneficiários titulares e dependentes, interessados, a qualquer tempo, através do Formulário de Inscrição da própria CONTRATADA, a ser por ela fornecida sempre que necessário, contendo





## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo Empresarial

os dados pessoais dos beneficiários titulares e de seus dependentes, cujo preenchimento é obrigatório.

4.6. Os formulários de Inscrição deverão ser preenchidos e assinados pelos beneficiários titulares e entregues para a CONTRATANTE, e posteriormente à CONTRATADA, juntamente com a seguinte documentação:

- a) cópia do RG e CPF e comprovante de endereço do titular e dependentes;
- b) cópia dos documentos que comprovem a relação de dependência mencionados nos itens 4.2 e 4.3 supra;
- c) outros documentos que vierem a ser solicitados a critério da CONTRATADA;
- d) comprovação do vínculo do beneficiário titular na CONTRATANTE.

4.7. Poderão ser incluídos BENEFICIÁRIOS dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo beneficiário titular, respeitadas as cláusulas e regras previstas no presente Contrato e a análise da CONTRATADA.

4.7.1. A inclusão do beneficiário dependente no plano dependerá da participação do beneficiário titular.

4.7.2. Não será permitida a inclusão do dependente sem a inclusão do titular.

4.8. Em caso de inscrição de filhos adotivos ou cuja paternidade tenha sido reconhecido judicial ou extrajudicialmente do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, ou sob sua guarda ou tutela, **menores de doze (12) anos de idade**, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular adotante, pai, guardião ou tutor, desde que a inclusão ocorra em até **30 (trinta) dias** a contar da adoção, do reconhecimento, da guarda ou tutela, conforme o caso.

4.9. É assegurada a inscrição ao **recém-nascido**, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, ou sob sua guarda ou tutela, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência se já cumprido o prazo de carência pelo beneficiário titular ou aproveitando o período já cumprido, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de **30 (trinta) dias** do nascimento ou da adoção, da guarda ou tutela, conforme o caso.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

4.10. As alterações no quadro de beneficiários titulares da CONTRATANTE, decorrentes de admissões ou demissões, serão comunicadas à CONTRATADA pela CONTRATANTE.

4.11. A movimentação cadastral, de inclusão e exclusão de beneficiários deverá ser realizada pela CONTRATANTE sendo que as exclusões serão processadas imediatamente após a comprovação da ciência da CONTRATADA, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 561/2022, e as **inclusões no 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da solicitação de acordo com o cronograma desenvolvido pela CONTRATADA**, mediante o envio eletrônico do relatório de movimentação cadastral do mês, acompanhado dos formulários digitalizados e devidamente assinados pelo beneficiário titular com toda a documentação necessária.

4.12. A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, quando esta solicitar, cópia dos documentos mencionados no item anterior e de outros documentos comprobatórios de seu quadro de pessoal, sempre que necessário.

4.13. Serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários que apresentem qualquer uma das seguintes situações:

- a) perda do vínculo societário ou empregatício com a CONTRATANTE;
- b) nos casos de morte;
- c) nos casos de perda da condição de dependente;
- d) nos casos de fraude praticada pelo beneficiário e/ou dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
- e) nos casos de rescisão do presente Contrato;
- f) nos casos do término do tempo de permanência como inativo de que trata os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 ou de inadimplência no pagamento das MENSALIDADES devidas, e ainda, nos casos de admissão do beneficiário TITULAR INATIVO em novo emprego, sendo considerado este, o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;
- g) por solicitação unilateral do beneficiário, respeitado o disposto na Resolução Normativa RN 561/2022.

4.14. As exclusões dos beneficiários se operam **automaticamente**, independente de prévia notificação ou anuência da CONTRATANTE ou do beneficiário, nos casos de:



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo Empresarial

- a) fraude;
- b) perda do vínculo jurídico do titular com a CONTRATANTE, caso não tenha optado em permanecer no plano como inativo nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e Resolução Normativa ANS 488/2022;
- c) perda da condição de dependência previsto neste contrato; e
- d) nas hipóteses previstas no item “g” do subitem anterior.

4.15. Nos demais casos, a exclusão dependerá de solicitação escrita e expressa anuência da CONTRATANTE.

4.16. Na hipótese prevista no item “g” do subitem 4.12. supra, caso a CONTRATANTE não notifique a CONTRATADA acerca da solicitação unilateral de exclusão do beneficiário do plano, em até 30 dias contados da sua formalização junto a CONTRATANTE, o beneficiário poderá solicitar a sua exclusão diretamente à CONTRATADA através dos canais de comunicação por esta disponibilizados. Para tanto deverá apresentar a comprovação de que solicitou a sua exclusão junto à CONTRATANTE, na forma prevista na Resolução Normativa RN 561/2022.

4.17. Para a CONTRATANTE excluir qualquer **beneficiário titular ATIVO** do plano deverá encaminhar à CONTRATADA, formulário específico com as seguintes informações:

- a) o motivo da exclusão, se por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o demitido ou exonerado já era aposentado e continuou trabalhando na CONTRATANTE;
- c) se o beneficiário a ser excluído contribuía para o financiamento do plano odontológico e qual o tempo de contribuição;
- d) se o beneficiário a ser excluído do plano optou pela sua manutenção como beneficiário INATIVO ou se recusou a manter essa condição.

4.18. A exclusão do beneficiário TITULAR ATIVO do plano, somente será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação documental de que o mesmo foi devidamente comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário INATIVO, bem como das informações previstas no item anterior.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

4.19. Enquanto não apresentada a documentação e as informações de que tratam os itens 4.18. e 4.19. desta Cláusula, a exclusão não será efetivada e a CONTRATANTE continuará a efetuar os pagamentos das mensalidades referentes a tais beneficiários, EXCETO NA HIPÓTESE DE EXCLUSÃO POR SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, em que se aplicam as regras previstas na Resolução Normativa RN 561/2022.

4.20. Fica pactuado que, havendo a redução do número de beneficiários superior a 15% (quinze por cento), a CONTRATADA poderá rescindir o presente Contrato, caso não seja possível o realinhamento do valor das MENSALIDADES. Caso tal rescisão ocorra antes do transcurso da vigência contratual mínima de 12 (doze) meses, fica a CONTRATANTE responsável pelo pagamento à CONTRATADA da multa prevista na cláusula 20.5, alínea “a”, do presente instrumento.

4.21. Quando da exclusão, a CONTRATANTE deverá recolher e devolver à CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário titular e, se houver, de seus dependentes, sob pena de, havendo utilização indevida, se responsabilizar por quaisquer prejuízos que eventualmente venha a CONTRATADA sofrer.

4.22. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário que perdeu essa qualidade, cuja exclusão não tenha sido comunicada à CONTRATADA, nos termos do disposto no presente contrato, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

### **5 - DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

5.1. Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, nos limites do plano contratado, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros itens, a área de abrangência estabelecida no contrato.

5.2. A cobertura de custos das despesas com atendimento na rede credenciada assegurada neste contrato será realizada pela CONTRATADA, por meio de pagamento direto ao prestador de serviço, sempre em conformidade com as condições contratuais vigentes.

5.3. Este contrato prevê cobertura de custos odontológicos para os procedimentos, **abaixo especificados**, previstos no artigo 12, IV, da Lei 9656/1998, incluindo a cobertura do





## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo Empresarial

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 previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

### Relação de procedimentos odontológicos cobertos:

#### CIRURGIA

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO  |
|----------|--|
| 82000050 | AMPUTACAO RADICULAR COM OBTURACAO RETROGRADA               |
| 82000069 | AMPUTACAO RADICULAR SEM OBTURACAO RETROGRADA               |
| 82000034 | ALVEOPLASTIA   |
| 82000174 | APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA        |
| 82000182 | APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA        |
| 82000077 | APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA         |
| 82000085 | APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA         |
| 82000158 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA      |
| 82000166 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA      |
| 30202027 | BIOPSIA DE BOCA  |
| 30201012 | BIOPSIA DE LABIO   |
| 30203031 | BIOPSIA DE LINGUA  |
| 30211018 | BIOPSIA DE MANDIBULA                                       |
| 82000280 | BIOPSIA DE MAXILA  |
| 30204011 | BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR                                |
| 82000298 | BRIDECTOMIA  |
| 82000301 | BRIDOTOMIA   |
| 82000360 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL                 |
| 82000387 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL                |
| 82000395 | CIRURGIA PARA TORUS PALATINO E/OU MANDIBULAR               |
| 82000786 | EXERESE OU EXCISAO DE CISTOS ODONTOLOGICOS                 |
| 82000794 | EXERESE OU EXCISAO DE MUCOCELE                             |
| 82000808 | EXERESE OU EXCISAO DE RANULA                               |
| 82000778 | EXERESE OU EXCISAO DE CÁLCULO SALIVAR                      |
| 82000743 | EXERESE DE LIPOMA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL             |
| 82000352 | CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR                             |
| 82000816 | EXODONTIA A RETALHO  |
| 82000859 | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL                                 |
| 82000875 | EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE                            |
| 82000832 | EXODONTIA DE PERMANETE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA PROTÉTICA |
| 82001294 | REMOCAO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS                 |



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

|          |  |
|----------|--|
| 82001286 | REMOCAO DE DENTES INCLUSOS/IMPACTADOS  |
| 82001367 | REMOCAO DE ODONTOMA  |
| 82000883 | FRENULECTOMIA LABIAL   |
| 82000891 | FRENULECTOMIA LINGUAL  |
| 82000905 | FRENULOTOMIA LABIAL  |
| 82000913 | FRENULOTOMIA LABIAL  |
| 82001103 | PUNCAO ASPIRATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL   |
| 82001197 | REDUCAO SIMPLES DE LUXACAO DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)                                     |
| 82001464 | SEPULTAMENTO RADICULAR   |
| 82001502 | TRACIONAMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE ORTODONTICA   |
| 82001510 | TRATAMENTO CIRURGICO DAS FISTULAS BUCO NASAL   |
| 82001529 | TRATAMENTO CIRURGICO DAS FISTULAS BUCO SINUSAL   |
| 82001596 | TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| 82001618 | TRATAMENTO CIRURGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL                |
| 82001634 | TRATAMENTO CIRURGICO PARA TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS? SEM RECONSTRUCAO                             |
| 82001553 | TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL                     |
| 82001588 | TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL     |
| 82001707 | ULECTOMIA  |
| 82001715 | ULOTOMIA   |
| 82000190 | APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO  |
| 82001073 | ODONTO-SECCAO  |
| 82001170 | REDUCAO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA  |
| 82001189 | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA  |
| 82001308 | REMOCAO DE DRENO EXTRA-ORAL  |
| 82001316 | REMOCAO DE DRENO INTRAORAL   |
| 82001499 | SUTURA DE FERIDA EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL  |

**DENTISTICA**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                               |
|---------------|--|
| 85100099      | RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 1 FACE               |
| 85100102      | RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 2 FACE               |
| 85100110      | RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 3 FACE               |
| 85100129      | RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 4 FACE               |
| 85200085      | RESTAURACAO TEMPORARIA / TRATAMENTO EXPECTANTE |
| 85100196      | RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 1 FACE  |
| 85100200      | RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 2 FACE  |
| 85100218      | RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 3 FACE  |
| 85100226      | RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 4 FACE  |
| 85100064      | FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL      |



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| 85100048 | COLAGEM DE FRAGMENTOS |
|----------|-----------------------|

**DIAGNÓSTICO**

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   |
|----------|---|
| 81000065 | CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL   |
| 81000073 | CONSULTA ODONTOLOGICA PARA AVALIACAO TECNICA DE AUDITORIA   |
| 81000138 | DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM MATERIAL DE BIOPSIA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL                               |
| 81000189 | DIAGNOSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLOGICO   |
| 81000197 | DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPETICA  |
| 81000200 | DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE  |
| 81000219 | DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE  |
| 81000235 | DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA  |
| 82001103 | PUNCAO ASPIRATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL  |
| 87000148 | ESTABILIZACAO POR MEIO DE CONTENCAO FISICA E/OU MECANICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA |
| 82000441 | COLETA DE RASPADO EM LESOES OU SITIOS ESPECIFICOS DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL                                  |
| 81000154 | DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PECA CIRURGICA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL                                    |
| 81000170 | DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PUNCAO NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL  |
| 81000111 | DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL                             |

**EMERGÊNCIA**

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   |
|----------|---|
| 81000049 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA   |
| 81000057 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24H   |
| 82000468 | CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIÃO BUCOMAXILO FACIAL        |
| 82000484 | CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIÃO BUCOMAXILO FACIAL        |
| 82001022 | INCISAO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| 82001030 | INCISAO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL  |
| 82001251 | REIMPLANTE DENTARIO COM CONTENCAO   |
| 82001650 | TRATAMENTO DE ALVEOLITE   |
| 85000787 | IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES DECIDUOS  |
| 85300020 | IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES PERMANENTES   |
| 85200034 | PULPECTOMIA   |
| 85300063 | TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO  |
| 85400467 | RECIMENTACAO DE TRABALHOS PROTETICOS  |



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

**ENDODONTIA**

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   |
|----------|---|
| 85200077 | REMOCAO DE NUCLEO INTRARRADICULAR                         |
| 85200093 | RETRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR                     |
| 85200107 | RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR                  |
| 85200115 | RETRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR                    |
| 85200123 | TRATAMENTO DE PERFURACAO ENDODONTICA                      |
| 85200026 | PREPARO PARA NUCLEO INTRARRADICULAR                       |
| 85100056 | CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA                          |
| 85100013 | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO                                  |
| 85200131 | TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE COM RIZOGENESE INCOMPLETA |
| 85200140 | TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR                       |
| 85200159 | TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR                    |
| 85200166 | TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR                      |
| 85200042 | PULPOTOMIA  |
| 85200050 | REMOCAO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL                      |

**ODONTOPEDIATRIA**

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                   |
|----------|---|
| 81000014 | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA              |
| 83000020 | COROA DE ACETATO EM DENTE DECIDUO           |
| 83000046 | COROA DE ACO EM DENTE DECIDUO               |
| 83000062 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECIDUO     |
| 83000089 | EXODONTIA SIMPLES DE DECIDUO                |
| 83000127 | PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO                 |
| 83000135 | RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO    |
| 83000151 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO     |
| 84000031 | APLICACAO DE CARIOSTATICO                   |
| 84000058 | APLICACAO DE SELANTE - TECNICA INVASIVA     |
| 84000074 | APLICACAO DE SELANTE DE FOSSULAS E FISSURAS |
| 84000163 | CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)     |
| 85100137 | RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE   |
| 85100145 | RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 2 FACE   |
| 85100153 | RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 3 FACE   |
| 85100161 | RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 4 FACE   |
| 84000201 | REMINERALIZACAO                             |

**PERIODONTIA**

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                      |
|----------|--------------------------------|
| 82000212 | AUMENTO DE COROA CLÍNICA       |
| 82000417 | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO |
| 82000557 | CUNHA PROXIMAL                 |
| 82000921 | GENGIVECTOMIA                  |





**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

|          |  |
|----------|--|
| 82000948 | GENGIVOPLASTIA                                 |
| 82000662 | ENXERTO GENGIVAL LIVRE                         |
| 82000689 | ENXERTO PEDICULADO                             |
| 85300071 | TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA |
| 85300080 | TRATAMENTO DE PERICORONARITE                   |
| 82001685 | TUNELIZACAO                                    |
| 85300039 | RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR     |
| 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                        |
| 85300012 | DESSENSIBILIZACAO DENTARIA                     |
| 30201080 | RECONSTRUCAO DE SULCO GENGIVO-LABIAL           |

**PREVENÇÃO**

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   |
|----------|---|
| 84000090 | APLICACAO TOPICA DE FLUOR   |
| 84000139 | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL                                    |
| 84000198 | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONARIO                                       |
| 41401654 | TESTE DE FLUXO SALIVAR  |
| 84000252 | TESTE DE PH SALIVAR   |
| 87000024 | ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES                         |
| 85300055 | REMOCAO DOS FATORES DE RETENCAO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) |

**PRÓTESE DENTÁRIA**

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                   |
|----------|---|
| 85400025 | AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO        |
| 85400084 | COROA PROVISORIA SEM PINO                   |
| 85400114 | COROA TOTAL EM CEROMERO (DENTES ANTERIORES) |
| 85400149 | COROA TOTAL METALICA                        |
| 85400211 | NUCLEO DE PREENCHIMENTO                     |
| 85400220 | NUCLEO METALICO FUNDIDO                     |
| 85400262 | PINO PRÉ-FABRICADO                          |
| 85400475 | REEMBASAMENTO DE COROA PROVISORIA           |
| 85400505 | REMOCAO DE TRABALHO PROTETICO               |
| 85400556 | RESTAURACAO METALICA FUNDIDA                |
| 87000040 | COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE        |
| 87000059 | COROA DE ACO EM DENTE PERMANENTE            |
| 87000067 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE  |
| 85400017 | AJUSTE OCLUSAL POR ACRESCIMO                |

**RADIOLOGIA**

| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                             |
|----------|---------------------------------------|
| 81000375 | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING |
| 81000383 | RADIOGRAFIA OCLUSAL                   |



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo Empresarial

|          |  |
|----------|--|
| 81000405 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA) |
| 81000421 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL   |
| 81000294 | LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (EXAME RADIODONTICO)                 |

\*\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidencição de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*\*O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidencição de placa e aplicação tópica de flúor.

5.4. Este contrato também prevê a cobertura dos honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

5.4.1 Para todos os efeitos legais, considera-se imperativo clínico, a necessidade de adoção de atos que visem diminuir os riscos decorrentes de uma intervenção. Tais atos devem ser justificados pelo cirurgião-dentista e pelo médico assistente, sobretudo quando envolverem a necessidade de suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, ficando estabelecido que não haverá qualquer cobertura dos custos havidos com os honorários da equipe médica e da estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

## 6 - DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

6.1. Os procedimentos elencados no quadro abaixo e classificados como sendo de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICOS cobertos pelo presente contrato após 24 horas do ingresso do beneficiário no plano, serão, desde que observado o disposto no item 6.2.1, reembolsados, de acordo com a Tabela de Procedimentos Odontológicos de Urgência e Emergência cobertos e de Reembolso.

6.2. Reembolso de despesas nas urgências e emergências:

6.2.1. Exclusivamente nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços da rede de assistência da CONTRATADA, dentro da área geográfica de abrangência, conforme previsto no art. 12, inciso VI da Lei nº 9656/98, as despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou dependente, com os procedimentos de urgência



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

ou emergência, após conferência e aprovação, serão reembolsadas nos limites das obrigações contratuais, em até 30 (trinta) dias da entrega dos documentos, com base na Tabela da CONTRATADA vigente à época do evento.

6.2.1.2. O prazo para solicitação de reembolsos é de até 12 (doze) meses da data de término de atendimento de Urgência e Emergência.

6.3. **Tabela de Procedimentos Odontológicos de Urgência e Emergência cobertos** pelo contrato, que, eventualmente, poderão ser passíveis de **Reembolso**, de acordo com a tabela do Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo, utilizada como base de valores, constando a versão atualizada no site da Operadora na internet, que não poderá ser inferior ao praticado pela rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.4. O reembolso das despesas a que alude o presente subitem será efetuado no prazo máximo de trinta (30) dias após a entrega à CONTRATADA, pelos beneficiários, da seguinte documentação:

- a) Relatório do odontólogo assistente, declarando diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) Declaração do dentista assistente especificando a razão da emergência;
- c) Recibo ou nota fiscal de honorários dos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem.
- d) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);

6.5. O beneficiário que não exercer esse direito no prazo de até 12 (doze) meses da data do término de atendimento de Urgência/Emergência, não poderá mais fazê-lo.

6.6. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo reembolso de despesas extraordinárias do beneficiário.

## **7 - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

7.1. **NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO**, como obrigação da CONTRATADA, cobertura de custos ou reembolso, em qualquer hipótese, para os procedimentos/eventos abaixo:



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

- 7.2. Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, ressalvando-se o estabelecido nos itens 5.4 e 5.4.1. supra.
- 7.3. Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua assinatura, exceto se incorporados ao rol odontológico pelo órgão regulador.
- 7.4. Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo BENEFICIÁRIO, entre outros: ingestão de bebida alcoólica e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos; atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.
- 7.5. Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.
- 7.6. Implantes, próteses sobre implantes e transplantes.
- 7.7. Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na cláusula Reembolso de Despesas.
- 7.8. Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, vigente à época do evento.
- 7.9. Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde, na Segmentação Assistência Médica, vigente à época do evento, e suas despesas hospitalares.
- 7.10. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.
- 7.11. Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.
- 7.12. Igualmente não haverá nenhuma cobertura para as despesas ou os custos decorrentes da ausência do BENEFICIÁRIO à consulta por ele marcada, ficando eventuais ônus decorrentes de sua ausência sob sua exclusiva responsabilidade financeira.



P L A N O

**Santa  
Saúde**

## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

7.13. Manutenção de todo e qualquer aparelho ortodôntico e/ou ortopédico, seja ele fixo metálico, ortopédico, removível e/ou estético.

7.14. Instalação, conserto e remoção de aparelhos ortodônticos fixo dos tipos: estético, auto ligado, lingual, bem como reposição destes aparelhos e/ou acessórios (bandas, botões, ganchos e etc.).

7.15. Instalação, conserto e remoção de aparelhos ortodônticos removíveis do tipo alinhadores.

7.16. Instalação de aparelhos que não estejam especificados na cláusula contratual COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

7.17. Implantes ortodônticos com finalidade de ancoragem dentária e/ou movimentação/tração de dentes.

7.18. Toda e qualquer documentação ortodôntica.

### **8 - DOS PRAZOS DE CARÊNCIA**

8.1. Para terem direito as garantias de coberturas de que trata o presente instrumento, os beneficiários deverão observar os seguintes prazos de carências:

| <b>Carências Padrão</b> | <b>Cobertura Odontológica</b>                     |
|-------------------------|---|
| <b>24 horas</b>         | URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                             |
| <b>30 dias</b>          | CONSULTAS ODONTOLÓGICAS                           |
| <b>90 dias</b>          | CLÍNICA GERAL, ENDODONTIA, PERIODONTIA E CIRURGIA |
| <b>180 dias</b>         | PROTESE   |

8.1.1. As partes poderão pactuar a redução dos prazos de carência previstos no item 8.1. através de aditamento contratual.

8.2. O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data da inclusão do beneficiário titular ou dependente no plano.

8.3. Não haverá a exigência dos prazos de carências se quando da inclusão do beneficiário no contrato houver número igual ou superior a 30 beneficiários, desde que o beneficiário





## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

rio formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação na CONTRATANTE.

8.4. Para as inclusões formalizadas fora do prazo previsto no subitem anterior, ou ainda que dentro do prazo, porém, com número total de beneficiários inferior a 30, os beneficiários deverão cumprir integralmente os prazos de carência previstos na presente Cláusula.

### **9 - DA REDE CREDENCIADA DO PLANO**

9.1. A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários de seu Plano Odontológico, para a garantia das coberturas odontológicas contratadas, os prestadores credenciados constantes do “Guia Odontológico” localizado no Portal Corporativo ([www.planosantasaude.com.br](http://www.planosantasaude.com.br)), tanto para atendimentos odontológicos eletivos quanto em regime de urgência/emergência.

9.1.2. A utilização dos profissionais de saúde e estabelecimento de serviços de saúde constantes da rede CREDENCIADA do plano deverá respeitar as regras de acesso e porta de entrada previstas no presente Contrato.

9.2. A CONTRATADA manterá sempre atualizado em seu Portal Corporativo ([www.planosantasaude.com.br](http://www.planosantasaude.com.br)) a relação dos profissionais odontológicos e estabelecimentos de serviços odontológicos vinculados ao plano, para integral garantia de cobertura aos beneficiários, nos estritos termos do presente contrato e da legislação especial.

9.3. A CONTRATADA poderá proceder a substituição de seus prestadores, constantes de sua rede CREDENCIADA, desde que por outro equivalente.

9.4. A CONTRATADA deverá dar ciência aos beneficiários do plano a respeito da substituição dos profissionais e estabelecimentos de serviços odontológicos, por meio de seu Portal Corporativo, com antecedência mínima de 30 dias.

### **10 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

10.1. A CONTRATADA disponibilizara aos beneficiários da CONTRATANTE, Cartão de Identificação Digital, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, acessível através do aplicativo da CONTRATADA por meio de



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

dispositivo eletrônico móvel, juntamente com outro documento oficial de identificação do beneficiário com foto.

10.2. Excepcionalmente é facultado à CONTRATADA a entrega aos beneficiários de cartões de identificação físicos, desde que, por fundadas razões, haja impossibilidade de uso de meios eletrônicos pelo beneficiário, arcando a CONTRATANTE com as referidas despesas de emissão. Em tal hipótese, havendo de perda ou extravio do Cartão de Identificação, os beneficiários deverão comunicar imediatamente à CONTRATADA sob pena de responsabilizar-se pelo uso indevido. A segunda via do Cartão de Identificação será cobrada do beneficiário na forma prevista no presente contrato.

### **11 - DAS REGRAS DE ACESSO À REDE E DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

11.1. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, os beneficiários deverão observar as regras de acesso e de porta de entrada conforme o disposto nas cláusulas seguintes.

11.2. A porta de entrada para atendimentos de consultas e tratamentos de rotina é a ampla Rede Credenciada, distribuída na área geográfica de abrangência do plano, visando facilitar o acesso do beneficiário aos serviços objeto deste Contrato, não estando nele previsto como porta de entrada qualquer estabelecimento ou unidade pública ou privada que não faça parte da rede credenciada da CONTRATADA.

11.3. Quando do atendimento o beneficiário deverá apresentar ao profissional ou estabelecimento os seguintes documentos:

- a) Cartão de Identificação do beneficiário;
- b) Documento oficial de identidade do beneficiário-paciente com foto;
- c) Senha ou Guia de Autorização, quando for o caso.

11.4. A CONTRATADA não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário, tais como estacionamento, frigobar, TV, produtos de higiene pessoal.

11.5. A CONTRATANTE se obriga a esclarecer, plenamente, os seus beneficiários sobre as condições de inscrição e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

### **12 - DA JUNTA ODONTOLÓGICA**

12.1. Em caso de divergência odontológica a respeito da adequação da indicação clínica do profissional assistente para cirurgias, exames, procedimentos ambulatoriais, tratamentos continuados ou complementares, a definição do impasse se dará através de junta constituída pelo profissional assistente, por profissional da CONTRATADA, e por um terceiro desempassador, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 424, de 2017.

12.2. A decisão tomada pela Junta Odontológica deverá ser acatada por todas as partes e não será passível de recurso.

12.3. Uma vez instaurada a Junta, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempassador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento de que trata a Resolução Normativa RN 566, de 2022.

12.4. A Junta Odontológica poderá ser instalada ainda à distância sem a presença do paciente junto ao profissional nomeado.

12.5. A CONTRATADA poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da Junta, desde que observados os prazos de garantia de atendimento previstos na Resolução Normativa RN 566, de 2022.

12.6. No caso de prescrição de órteses e próteses e Materiais Especiais - OPME, caberá ao profissional assistente justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.

12.7. A Junta a respeito da prescrição de órteses, próteses e materiais especiais OPME, será obrigatoriamente instaurada quando o profissional assistente não indicar as 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, ou quando a CONTRATADA discordar das marcas indicadas.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

### **13 - DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

13.1. Os valores das MENSALIDADES - constarão de documento em anexo ao presente Contrato e que pelas partes assinado fica fazendo parte integrante do mesmo - serão cobradas pelo sistema de pré-estabelecido.

13.2. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta Contratual Odontológica, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

13.3. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta Contratual Odontológica. A quitação das faturas será efetuada conforme descrito na Proposta Contratual Odontológica, que estará de acordo com o período de adesão a este contrato.

13.4. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

13.5. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

13.6. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

13.7. Em caso de atraso na liquidação, a CONTRATANTE deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelo Índice Geral de Preço ao Mercado (IGP-M) ou outro índice que venha a substituí-lo e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados diariamente.

13.8. O direito às coberturas deste Contrato será readquirido a partir de 48 horas do dia subsequente à regularização do pagamento do valor em atraso pela CONTRATANTE à OPERADORA.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

13.9. O atraso no pagamento do valor mensal devido à CONTRATADA pela CONTRATANTE por período superior a 60 (sessenta) dias, resultará na rescisão do contrato.

13.10. Se no decorrer do ano de vigência contratual houver impontualidade da CONTRATANTE no pagamento de faturas por período superior a 60 (sessenta) dias, a CONTRATADA poderá, a seu critério, rescindir, de imediato, motivadamente o contrato.

13.11. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

13.12. A CONTRATANTE se obriga a pagar todos os impostos, taxas e contribuições que incidem ou venham a incidir sobre este contrato.

13.13. No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma taxa de implantação, cujo valor será estabelecido em documento anexo ao presente.

13.14. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, a razão de R\$ 15,00 (quinze reais) acrescido na fatura. Podendo ser reajustado anualmente pela aplicação do índice IPCA (índice de preços ao consumidor amplo) ou outro que vier a substituí-lo.

### **14 - DOS REAJUSTES**

14.1. Os reajustes financeiros e técnicos das MENSALIDADES e da Tabela de Preço para novas adesões, serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente, na data de aniversário do contrato, independentemente da data da inclusão do beneficiário no plano, sendo que o reajuste financeiro será de acordo com a variação do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Ampliado.

14.2. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que o reajuste se dará com a menor periodicidade legalmente permitida.

14.3. Os critérios de aplicação de reajuste estabelecidos na presente Cláusula, foram fixados de acordo com a característica do plano coletivo empresarial para ATIVOS e





## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

INATIVOS, considerando que os beneficiários INATIVOS usufruirão do seu direito previsto no artigo 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 no mesmo plano dos ATIVOS.

14.4. Será utilizado para o reajuste das MENSALIDADES dos beneficiários ATIVOS e INATIVOS, da Tabela de Preço para novas inclusões de ativos e da Tabela de Custo por Inativo, o índice divulgado pela IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Ampliado. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação à data-base de aniversário, considerada o mês de vigência do contrato, ou na impossibilidade de utilização do índice mencionado, um outro índice que o substitua, na menor periodicidade autorizada pela legislação vigente, ou determinada pelo órgão federal competente.

14.5. Além e independente da modalidade de reajuste financeiro estipulado no subitem anterior, fica pactuado que as MENSALIDADES do plano dos beneficiários ATIVOS e INATIVOS, e da Tabela de Preço para novas inclusões de ativos e da Tabela de Custo do Inativo, sofrerão reajustes sempre que a sinistralidade ultrapassar o percentual de 65% (sessenta e cinco por cento) da receita, sendo certo que a revisão desses valores será efetuada pelo recálculo técnico das MENSALIDADES, considerando o total das receitas e despesas verificadas nos últimos 12 (doze) meses imediatamente anteriores ao do recálculo.

14.5.1. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

Reajuste Necessário  $(R \text{ Técnico} + 1) \times (R \text{ Financeiro} + 1) - 1$

R Técnico: (Sinistralidade/ meta de sinistro)

R Financeiro: Índice financeiro do contrato (IPCA)

14.6. A aplicação do índice de reajuste da Contraprestação pecuniária mensal ocorrerá sempre no mês de aniversário do Contrato. Este deverá ser comunicado pela CONTRATADA em até 30 (trinta) dias após sua aplicação de acordo com Resolução Normativa – RN nº 488/2022.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

### **15 - DO PLANO CONTINUIDADE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA**

15.1. Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem sido demitidos sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

- a) assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade constante da tabela própria vigente na data da adesão ao plano;
- b) manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador ora CONTRATANTE, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

15.2. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

15.3. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

15.4. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular demitido, exceto nos casos de morte deste.

15.5. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

15.5.1. O período pelo qual o ex-empregado poderá permanecer como beneficiário no plano é de 1/3 do tempo que contribuiu para o plano, com um mínimo assegurado de 6 meses e um máximo de 24 meses.

15.6. O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego;
- c) pelo não pagamento das MENSALIDADES;
- d) pelo cancelamento do plano pela CONTRATANTE, observadas as condições específicas previstas no Contrato;
- e) pelo exercício da portabilidade de carências;
- f) pelo cancelamento espontâneo do beneficiário do plano na forma do disposto na Resolução Normativa RN 561, de 2022.

15.7. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar. Em caso de morte do beneficiário titular ATIVO, os dependentes deverão manifestar o interesse em permanecer no plano, na forma e prazo da presente cláusula, conforme o disposto no artigo 8º da RN 488/2022.

15.8. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

15.9. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, a CONTRATANTE deverá encaminhar a CONTRATADA o instrumento jurídico específico devidamente assinado pelo ex-empregado e pela CONTRATANTE, através do portal da operadora no prazo de 10 dias.

15.10. Não será considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do consumidor, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

15.11. A garantia prevista nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos ex-empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.12. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

15.13 A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

### **16 - DO PLANO CONTINUIDADE DO APOSENTADO**

16.1. Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem adquirido direito a aposentadoria, e aos aposentados que continuaram a exercer suas funções na CONTRATANTE após a sua aposentadoria e dela vem a se desligar, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

- a) assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade constante na tabela própria vigente a ser estabelecida em termo aditivo na data da adesão ao plano;
- b) manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da aposentadoria ou do desligamento da CONTRATANTE.

16.2. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

16.3. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

16.4. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular aposentado, exceto nos casos de morte deste.

16.5. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

16.5.1. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, por prazo indeterminado.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

16.5.2. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

16.6. O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;
- b) pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego;
- c) pelo não pagamento das MENSALIDADES;
- d) pelo cancelamento do plano pela CONTRATANTE, observadas as condições específicas do presente Contrato;
- e) pelo exercício da portabilidade de carências;
- f) pelo cancelamento espontâneo do beneficiário do plano na forma do disposto na Resolução Normativa RN 561, de 2022.

16.7. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar, inclusive nas hipóteses em que o beneficiário aposentado continuava a trabalhar na CONTRATANTE.

16.8. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

16.9. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, a CONTRATANTE deverá encaminhar a CONTRATADA o instrumento jurídico específico devidamente assinado pelo ex-empregado e pela CONTRATANTE, através do portal da operadora no prazo de 10 dias.

16.10. Para fins do disposto nesta cláusula, não é considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

16.11. Os direitos previstos neste contrato, não excluem vantagens obtidas pelos beneficiários com vínculo empregatício decorrente de negociação coletiva de trabalho.





## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

16.12. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

16.13. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

### **17 - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO**

17.1. Para fins do presente contrato, entende-se por **CONTRIBUIÇÃO** qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde odontológico oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência odontológica;

17.2. Para fins do presente contrato, entende-se por **MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL**, as mesmas segmentação e cobertura, rede assistencial, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;

17.3. Para fins do presente contrato, entende-se por **NOVO EMPREGO** o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde odontológico coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

17.4. Para fins do presente contrato, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos aqui previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência odontológica.

17.5. Para fins do presente contrato, fica assegurado aos beneficiários **INATIVOS** e seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de be-



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a possibilidade de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

### **18 - DAS DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS GERAIS ACERCA DO PLANO CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO**

18.1. Fica estabelecido pelas partes CONTRATANTE e CONTRATADA que:

a) quando da inclusão do beneficiário ATIVO no plano, a CONTRATADA se obriga a entregar além dos documentos já previstos no presente Contrato, também, a cópia da Tabela vigente devidamente atualizada, que será adotada em caso da opção do beneficiário demitido, exonerado ou aposentado pela manutenção no plano como INATIVO.

b) os beneficiários INATIVOS, demitidos ou exonerados e aposentados, deverão pagar a Taxa Mensal correspondente ao valor integral estabelecido em termo aditivo, com as devidas atualizações, diretamente para a CONTRATADA através de boleto bancário, sendo aplicável e eles as regras de pagamento constantes de documento específico.

c) em caso de atraso no pagamento da MENSALIDADE, o beneficiário INATIVO deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelo índice IGPM, ou outro índice que venha a substituí-lo e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados diariamente.

d) em caso de inadimplência do beneficiário INATIVO no pagamento das mensalidades superior a 10 (dez) dias, poderá suspender o atendimento aos beneficiários INATIVOS, independentemente de prévio aviso ou notificação judicial ou extrajudicial, e permanecendo a inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do plano de saúde do beneficiário TITULAR inadimplente, e de seus dependentes, se houver.

e) não haverá distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e a este vinculados, EXCETO NO QUE SE REFERE AOS BENEFICIÁRIOS INATIVOS, quando adotado o critério de preço único para os ATIVOS.

### **19 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO**

19.1. O presente Contrato vigorará pelo período mínimo de 12 meses, contados a partir da vigência na Proposta Contratual Odontológica.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

19.2. Após o período de vigência inicial, se não for denunciado pelas partes, o presente contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, vedada a cobrança de taxas ou qualquer outro valor em razão da renovação.

### **20 - DA RESCISÃO CONTRATUAL**

20.1. O presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente, isento do pagamento de multa, somente após 12 meses de vigência inicial, por qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

20.2. O presente Contrato poderá ser rescindido de imediato, por qualquer uma das partes, se a outra parte deixar de cumprir qualquer de suas obrigações estabelecidas no mesmo e não remediar tal inadimplemento dentro de 15 (quinze) dias contados a partir do recebimento de aviso da outra parte nesse sentido.

20.3. Em caso de descumprimento de qualquer cláusula a parte infratora deverá ser comunicada imediatamente e caso não seja sanada a infração no prazo máximo de 15 dias de sua comunicação será aplicada a multa de 50% (cinquenta por cento) do valor total do contrato, pela duração contratual expressa na cláusula 19.1.

20.4. Constitui causa expressa de rescisão do Contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial da CONTRATANTE;
- c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 30 (trinta) dias, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito de a Operadora requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
- d) descumprimento pelo CONTRATANTE ou pela Operadora das cláusulas e das Condições Gerais.

20.5. Antes do término dos primeiros 12 meses de vigência deste Contrato, é facultado a qualquer das partes rescindi-lo, mediante comunicação, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas abaixo:



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

a) imotivadamente, ou por qualquer das hipóteses previstas nas alíneas “a”, “b”, “c” e “d” do item 20.4, fica o CONTRATANTE obrigado a arcar com o pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do total das contraprestações vencidas para completar o período de 12 (doze) meses, ficando, desde já, acertado que o percentual será calculado sobre a média de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano durante o período em que o contrato permaneceu vigente.

20.6. Quando o CONTRATANTE optar pelo cancelamento do Contrato, deverá manifestar-se expressamente perante a Operadora. Caso haja parcela(s) da contribuição mensal vencida(s) e não paga(s), a Operadora procederá à sua cobrança.

20.7. Na hipótese de encerramento ou suspensão da cobertura do Contrato, seja qual for o motivo, caberá ao CONTRATANTE:

a) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de eventos, a partir da data de encerramento do Contrato, bem como por penalidades ou multas, e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa movida contra a Operadora, que envolva os Beneficiários do Contrato, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a Operadora venha a despender em decorrência de reclamações, seja de que natureza forem, envolvendo os Beneficiários, inclusive com relação a quaisquer condenações (judiciais ou administrativas), penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc.

20.8. Pela mora na quitação das faturas por período superior a 10 (dez) dias, a CONTRATADA poderá suspender o atendimento aos beneficiários do plano, independentemente de qualquer notificação.

20.9. A CONTRATANTE deverá devolver à CONTRATADA, até a data limite da rescisão contratual, mediante protocolo de recebimento por escrito, todos os Cartões de Identificação de seus beneficiários. A não devolução e/ou devolução parcial até o limite de prazo acima, implicará em cobrança à vista de valor igual à última fatura emitida contra a CONTRATANTE.

20.10. Após o término do período do aviso prévio de rescisão contratual, cessam, para todos os efeitos legais, a responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos, encerrando-se nesse dia as contas de laboratórios de prótese, materiais e honorários odontoló-



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

gicos, passando imediatamente a responsabilidade da CONTRATANTE, todas as despesas havidas após esta data.

20.11. A regra de suspensão do atendimento disposta no item anterior não se aplica às hipóteses dos beneficiários INATIVOS e seus dependentes, posto que os mesmos são pessoalmente responsáveis pelo pagamento de suas mensalidades.

20.12. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, a CONTRATADA deverá oferecer aos beneficiários ATIVOS e INATIVOS inscritos, a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências, na forma como prevista na Resolução CONSU nº 19/99.

20.13. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

### **21 - COMPARTILHAMENTO DE DADOS**

21.1. A CONTRATANTE e/ou os beneficiários titulares e os dependentes destes, autorizam a CONTRATADA, inclusive a rede de prestadores de serviços odontológicos, a manusear e tratar suas informações pessoais e de saúde, a fim de que seja fornecida assistência odontológica de forma eficiente e que o presente contrato possa ter plena consecução.

21.2. Para que a CONTRATADA realize o tratamento e manuseio dos dados do CONTRATANTE e/ou os beneficiários titulares e os dependentes destes, serão adotados processos internos em cumprimento à Política de Privacidade e Proteção de Dados. Dessa forma, com a sua concordância e consentimento e pelo período previsto na legislação brasileira, os dados obtidos serão utilizados estritamente para as seguintes finalidades:

a) realizar exames diagnósticos e de imagem nos laboratórios parceiros da CONTRATADA;

b) permitir transferência de dados para os parceiros da CONTRATADA que atendam aos principais requisitos técnicos em conformidade com as devidas finalidades presentes na Política de Privacidade;





## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

c) promover ações de engajamento e participação de programas de monitoramento integrado, orientações com base nos resultados obtidos pelos exames odontológicos realizados pelo CONTRATANTE e/ou os beneficiários titulares e os dependentes destes;

d) aceitar notificações acerca de campanhas educacionais e de marketing da CONTRATADA, tanto de sua rede interna quanto de parceiros comerciais;

e) com base nos dados coletados, a CONTRATANTE e/ou os beneficiários titulares e os dependentes destes poderá(ão) ser convidados a participar e integrar iniciativas de prevenção, promoção e atenção à saúde desenvolvidas pela CONTRATADA e seus parceiros, mediante o compartilhamento de seus dados com profissionais devidamente autorizados;

f) a CONTRATANTE autoriza, desde já, que sejam encaminhados pela CONTRATADA, e por seus prestadores de serviços, a divulgação de campanhas, promoções, ofertas e propagandas, mediante contatos via telefone, e-mail, mensagens de texto, entre outros meios de comunicação de plataforma eletrônica, durante a vigência deste consentimento e autorização;

g) a CONTRATANTE e/ou os beneficiários titulares e os dependentes destes, ficam cientes de que a qualquer tempo, poderão revogar a permissão para tratamento de seus dados pessoais e sensíveis, salvo aqueles inerentes da prestação de serviços odontológicos, mediante envio de comunicado ao controlador, ou por outros canais de contato da CONTRATADA para esta finalidade.

21.3. A CONTRATADA comunica que os dados da CONTRATANTE e/ou os beneficiários titulares e os dependentes destes, serão armazenados e utilizados exclusivamente para o atendimento de obrigações legais, regulatórias e dos Conselhos de Classe, bem como para o exercício regular de direitos, conforme estabelecido na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

## **22 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

22.1. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, e em correspondência posterior complementar expressamente assinada entre a CONTRATANTE e CONTRATADA.

22.2. Modificações das cláusulas deste contrato serão admitidas nos casos admitidos pela Lei e Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.



## **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Coletivo Empresarial

22.3. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes.

22.4. A CONTRATADA não se responsabiliza por quaisquer informações ou promessas que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a CONTRATANTE e os beneficiários e que não sejam aqueles previstos neste contrato, exceto se previamente aprovados por escrito pela CONTRATADA.

### **23 - DO FORO DE ELEIÇÃO**

23.1. As partes elegem, como privilegiado, o foro da sede da CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

As cláusulas destas Condições Gerais do Plano SANTA SAÚDE ODONTO - EMPRESARIAL foram elaboradas em consonância com às disposições da Resolução Normativa RN 557, de 2022, Resolução Normativa RN nº 566, de 2022, Resolução Normativa RN nº 488, de 2022, Resolução Normativa RN nº 500, de 2022, Resolução Normativa RN nº 465, de 2021, Resolução Normativa RN nº 561, de 2022, Resolução Normativa nº 424, de 2017 e Anexo I da Instrução Normativa IN nº 23, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS e suas alterações, e encontra-se devidamente registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Santos.



# Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil das Pessoas Jurídicas - Comarca de Santos - Estado de São Paulo

Oficial: Marcelo da Costa Alvarenga

Avenida Ana Costa, 146, sala 909

(0XX13) 3216-2146 - oficial@rtdsantos.com.br - Horário das 10:00 às 17:00

## REGISTRO PARA FINS DE PUBLICIDADE E EFICÁCIA CONTRA TERCEIROS

Nº 754.648 de 21/08/2023

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo 42 (quarenta e duas) páginas, foi apresentado em 21/08/2023, o qual foi protocolado sob nº 659.665, tendo sido registrado eletronicamente sob nº 754.648 no Livro de Registro B deste Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Santos - SP, na presente data.

**Apresentante:** MATHEUS MARQUES CARVALHO

**Natureza:**  
MINUTA ELETRÔNICA

**Certifico, ainda,** que consta no documento eletrônico registrado a seguinte assinatura digital:

AUGUSTO CAPODICASA:08057250836(ICP-Brasil)

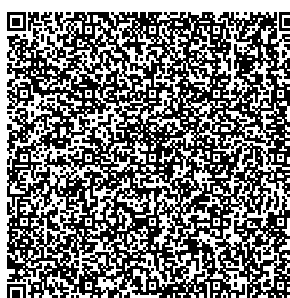
As assinaturas digitais qualificadas, com adoção do padrão ICP-Brasil, são verificadas e validadas pelo registrador, de acordo com as normas previstas em lei. No caso de assinaturas eletrônicas com utilização de padrões privados (não ICP-Brasil), o registrador faz apenas uma verificação junto à empresa responsável pelo padrão, a quem cabe a responsabilidade pela validade das assinaturas.

**\*Este certificado é parte integrante e inseparável do registro do documento acima descrito.**

Santos-SP, 21 de agosto de 2023

Marcelo da Costa Alvarenga - Oficial  
( ASSINADO ELETRONICAMENTE )  
002.429.497-70

| Emolumentos        | Estado    | Ipesp     | Registro Civil  | Tribunal de Justiça |
|--------------------|-----------|-----------|-----------------|---------------------|
| R\$ 325,16         | R\$ 92,76 | R\$ 63,34 | R\$ 17,18       | R\$ 22,14           |
| Ministério Público | ISS       | Condução  | Outras Despesas | Total               |
| R\$ 15,70          | R\$ 6,50  | R\$ 0,00  | R\$ 0,00        | R\$ 542,78          |



Para verificar a autenticidade do documento, acesse o site da Corregedoria Geral da Justiça:  
<https://selodigital.tjsp.jus.br>

Selo Digital

1211454TICE000010429BD230