



**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 por Adesão, 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 - Adesão** registrado sob nº **495.659/23-1**.

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	
CARÊNCIA	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.	Coletivo Empresarial	
		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.
		Coletivo por Adesão	
		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**

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	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.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 ou mais participantes	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.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	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.		
REAJUSTE	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.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	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.	
VIGÊNCIA	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.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	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 enfermagem. 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 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
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

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	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
SEGMENTAÇÃO ASSISTNCIAL	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
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Não se aplica
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	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
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	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
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	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 16
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	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
CARÊNCIAS	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



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.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	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
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Proposta Contratual Odontológica
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	23 a 25
REAJUSTE	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
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	Determina se o plano se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Não se aplica

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 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
ouvidoria@ans.gov.br



RMS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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 CARÊNCIAS	17
9 - DA REDE CREDENCIADA DO PLANO	17
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.....	19
13 - DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	20
14 - DOS REAJUSTES.....	22
15 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO.....	23
16 - DA RESCISÃO CONTRATUAL.....	23
17 - COMPARTILHAMENTO DE DADOS	25
18 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	27
19 - DO FORO DE ELEIÇÃO	27



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

Coletivo por Adesão

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 – 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:	Santa Saúde Odonto - Adesão
1.2. Número de registro do plano:	495.659/23-1
1.3. Tipo de contratação:	Coletivo por adesão
1.4. Segmentação assistencial:	Odontológico
1.5. Área geográfica de abrangência:	Grupo de municípios
1.6. Área de atuação:	Santos, São Vicente, Praia Grande, Guarujá e Cubatão
1.7. Formação de preço:	Pré-estabelecido
1.8. Serviços e coberturas adicionais:	Não possui
1.9. Possui acesso a livre escolha:	Não possui
1.10. Fator moderador:	Porta de entrada

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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se 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, 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 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 inoccorrência 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. O presente contrato é do tipo coletivo por adesão, conforme definição dada pela Resolução Normativa RN 557/2022, que é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com a CONTRATANTE de caráter profissional, classista ou setorial, entre os quais:

- a) Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- b) Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- c) Associações profissionais legalmente constituídas;



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

d) Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

e) Caixas de assistências e fundações de direito privado de categoria profissional, classista ou setorial;

f) Entidades previstas nas Leis nº 7.395/85 e 7.398/85;

4.2. São considerados beneficiários TITULARES todos os associados e/ou filiados da CONTRATANTE, devidamente inscritos no presente Contrato.

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

4.3. 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, vedada a presença concomitante de mais de uma pessoa nessa condição;

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;

4.4. 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.

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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

4.6. A CONTRATANTE providenciará a inclusão no Plano de Saúde dos beneficiários titulares e dependentes, interessados, a qualquer tempo, por meio de Ficha de Inscrição própria da CONTRATADA a ser por ela fornecida sempre que necessário, contendo os dados pessoais dos beneficiários titulares e de seus dependentes cujo preenchimento é obrigatório.

4.7. As Fichas de Inscrição deverão ser preenchidas e assinadas pelos beneficiários titulares e entregues para a CONTRATANTE juntamente com a seguinte documentação:

- a) cópia do RG e CPF e comprovante de endereço do titular e dependentes;
- b) cópia da certidão de casamento ou documento que comprove a união estável, para a inscrição do cônjuge ou convivente;
- c) cópia da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, tutela ou curatela, para a inscrição de qualquer filho(a);
- d) além da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, tutela ou curatela, apresentar cópia do comprovante de matrícula em universidade para a inscrição do(a) filho(a);
- e) além da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, tutela ou curatela, apresentar cópia do documento expedido pelo órgão oficial do Governo que comprove a invalidez permanente, nos termos da Lei 8.212 e 8.213/91, para a inscrição do filho(a) inválido(a);
- f) outros documentos que vierem a ser solicitados a critério da CONTRATADA;
- g) comprovação do vínculo do beneficiário titular na CONTRATANTE.

4.8. A CONTRATANTE encaminhará todos os documentos mencionados nesta cláusula de forma digitalizada para a CONTRATADA.

4.9. 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.

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

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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

4.9.3. Caberá a CONTRATADA exigir e comprovar a legitimidade da CONTRATANTE e a condição de elegibilidade dos beneficiários.

4.10. Os filhos dos beneficiários, nascidos ou adotados (recém-nascidos) na vigência deste Contrato, e incluídos no respectivo Plano até 30 (trinta) dias após a data do nascimento ou adoção ou do deferimento da guarda provisória, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência, e não estarão sujeitos a alegação pela CONTRATADA, de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando a coberturas parciais temporárias ou agravos nos valores das MENSALIDADES.

4.11. Em caso de inscrição de filhos adotivos do (a) beneficiário, menores de doze (12) anos de idade, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo (a) beneficiário (a) adotante.

4.12. As alterações no quadro de beneficiários titulares e dependentes da CONTRATANTE, decorrentes de inclusões e exclusões, serão comunicadas à CONTRATADA pela CONTRATANTE.

4.13. A **movimentação cadastral de inclusão** de beneficiários realizada pela Administradora **até o dia 20 (vinte) de cada mês**, será processada no **1º (primeiro) dia do mês subsequente**. Quando a movimentação cadastral for realizada **até o dia 05 (cinco) de cada mês**, será processada **no dia 15 (quinze) do mesmo mês**, de acordo com o cronograma desenvolvido pela OPERADORA, mediante o envio da movimentação cadastral do mês;

4.13.1. A **movimentação cadastral de exclusão** de beneficiários deverá ser realizada pela Administradora **até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente**, desde que sua vigência tenha iniciado **no dia 1º (primeiro)** e **até o dia 16 (dezesesseis) de cada mês, quando a vigência tiver iniciado no dia 15**, que deverá ser processada no mesmo dia, de acordo com o cronograma desenvolvido pela Operadora, mediante o envio da movimentação cadastral do mês. EXCETO NA HIPÓTESE DE EXCLUSÃO POR SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, em que se aplicam as regras previstas na Resolução Normativa RN 561/2022.

4.14. A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, quando esta solicitar, cópia de outros documentos comprobatórios.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

4.15. Serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários que apresentarem as seguintes situações:

- a) Perda do vínculo jurídico (associativo ou sindical) com a CONTRATANTE;
- b) Nos casos de morte;
- c) Nos casos de perda da condição de dependente por morte do titular, pelo atingimento da idade, pela separação ou divórcio, pela cessação da tutela, da curatela ou da invalidez ou por qualquer outro fato jurídico, natural ou humano, que importe na perda da qualidade de dependente; nos casos de perda da condição de dependente por morte do titular, pelo atingimento da idade, pela separação ou divórcio, pela cessação da tutela, da curatela ou da invalidez ou por qualquer outro fato jurídico, natural ou humano, que importe na perda da qualidade de dependente;
- d) Nos casos de fraude DEVIDAMENTE comprovada;
- e) Nos casos de inadimplência do beneficiário no pagamento da MENSALIDADE do plano por mais de 60 (sessenta) dias;
- f) Nos casos de rescisão do presente Contrato;
- g) Nos casos de solicitação unilateral e espontânea de exclusão do beneficiário, respeitado o disposto na Resolução Normativa RN 561/2022.

4.16. As exclusões dos beneficiários se operam **automaticamente**, independente de previa notificação ou anuência da CONTRATANTE ou do beneficiário, nos casos de fraude e de perda do vínculo jurídico do titular com a CONTRATANTE, ou nos casos de perda da condição de dependência.

4.17. 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.

4.18. 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.

4.19. Na hipótese prevista no item “g” do item 4.15 desta cláusula, o beneficiário poderá solicitar a sua exclusão diretamente à CONTRATADA através dos canais de comunicação



P L A N O

**Santa
Saúde**

RMS nº 41.892-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

disponibilizados em seu Portal Corporativo na internet, na forma como prevista na Resolução Normativa RN 561/2022.

4.20. Nos casos de solicitação espontânea de exclusão, manifestada unilateralmente pelo beneficiário após 12 meses de permanência no plano, não será cobrado qualquer valor à título de multa.

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 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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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
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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
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
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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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

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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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	REMINEALIZACAO

PERIODONTIA

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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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
81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRFIA)
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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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 cobertura de Procedimentos Odontológicos de Urgência e Emergência e tabela 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 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, disponibilizada no site da Operadora, 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;



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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:

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.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

- 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.
- 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 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/tracção de dentes.
- 7.18. Toda e qualquer documentação ortodôntica.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

8 - DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS

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

Carências Padrão	Cobertura Odontológica
24 horas	URGENCIA E EMERGENCIA
30 dias	CONSULTAS ODONTOLOGICAS
90 dias	CLÍNICA GERAL, ENDODONTIA, PERIODONTIA E CIRURGIA
180 dias	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, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.

8.4. Também não haverá a exigência de prazos de carências, caso o ingresso do beneficiário seja posterior ao prazo previsto no item 8.3, mas a proposta de adesão do beneficiário seja formalizada em até trinta dias da data de aniversário do contrato.

8.5. Para as inclusões formalizadas fora dos prazos previstos nos itens 8.3. e 8.4., os beneficiários deverão cumprir integralmente os prazos de carências previstos na cláusula 8.1.

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), tanto para atendimentos odontológicos eletivos quanto em regime de urgência/emergência.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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) 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 disponibilizará 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 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.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

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 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 etc.

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.

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.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

12.3. Uma vez instaurada a Junta, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador 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.

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 responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante e/ou da Administradora de Benefícios, no caso desta figurar como Estipulante. Quando a Administradora de Benefícios figurar como Estipulante, eventuais inadimplências no pagamento de qualquer valor devido à CONTRATANTE pelos Beneficiários, não eximem a CONTRATANTE da sua responsabilidade integral pelo pagamento do valor mensal à OPERADORA, nos termos do que dispõe a Resolução Normativa – RN nº 557/2022.

13.3. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

valores relacionados na Proposta Contratual Odontológica, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

13.4. 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.

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

13.6. 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.

13.7. 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.

13.8. Por delegação atribuída pela CONTRATANTE, a Administradora de Benefícios deverá realizar a cobrança dos BENEFICIÁRIOS através de boletos individualizados a serem encaminhados aos BENEFICIÁRIOS TITULARES vinculados ao presente contrato.

13.9. 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.

13.10. 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.

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



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

13.12. 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.

13.13. 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.

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

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

13.16. 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. Além e independente da modalidade de reajuste financeiro estipulado no subitem anterior, fica pactuado que as MENSALIDADES do plano 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.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

14.3.1. 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)

14.4. Os reajustes financeiros e técnicos aplicados serão comunicados à ANS, anualmente, na data do aniversário do contrato conforme dispuser a Resolução Normativa editada pela ANS vigente à época.

14.5. Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em função da idade dos beneficiários.

15 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO

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

15.2. 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.

16 - DA RESCISÃO CONTRATUAL

16.1. 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.

16.2. 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.

16.3. 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 15.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

16.4. 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.

16.5. 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:

- a) imotivadamente, ou por qualquer das hipóteses previstas nas alíneas "a", "b", "c" e "d" do item 16.4., fica o CONTRATANTE obrigado a arcar com o pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do total das contraprestações vincendas 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.

16.6. 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.

16.7. 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, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a Operadora venha a despendar 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.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

16.8. 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.

16.9. 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.

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

16.11. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, a CONTRATADA deverá oferecer aos beneficiários 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.

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

17 - COMPARTILHAMENTO DE DADOS

17.1. 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.

17.2. 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:



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

- 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;
- 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.

17.3. 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).



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Coletivo por Adesão

18 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. 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.

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

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

18.4. 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.

19 - DO FORO DE ELEIÇÃO

19.1. 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 - ADESÃO 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 754.646 de 21/08/2023

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo 35 (trinta e cinco) páginas, foi apresentado em 21/08/2023, o qual foi protocolado sob nº 659.663, tendo sido registrado eletronicamente sob nº 754.646 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\$ 278,82	R\$ 79,53	R\$ 54,31	R\$ 14,73	R\$ 18,99
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R\$ 13,46	R\$ 5,57	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 465,41



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

Selo Digital
1211454TICE000010427AE233