



**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 – Individual/Familiar, 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 – Individual** registrado sob nº **461.896/10-3**

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 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.
		<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 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](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

		Página do Contrato
<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.	7 a 13
<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.	14 a 16
<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	16

**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.	21 a 22
<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.	20
<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.	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](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**

Individual/ Familiar

### **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 .....	7
6 - DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA..	13
7 - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA .....	14
8 - DOS PRAZOS DE CARÊNCIA.....	16
9 - DA REDE CREDENCIADA DO PLANO .....	16
10 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO .....	17
11 - DAS REGRAS DE ACESSO À REDE E DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS .....	18
12 - DA JUNTA ODONTOLÓGICA.....	18
13 - DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO .....	19
14 - DOS REAJUSTES.....	20
15 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO.....	21
16 - DA RESCISÃO CONTRATUAL.....	21
17 - COMPARTILHAMENTO DE DADOS .....	22
18 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS .....	23
19 - DO FORO DE ELEIÇÃO .....	24



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

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 física 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 - Individual</b>
1.2. Número de Registro na ANS:	<b>461.896/10-3</b>
1.3. Tipo de Contratação:	<b>Individual/ Familiar</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



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

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, 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 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. São considerados **BENEFICIÁRIOS TITULARES** deste contrato pessoas físicas que figurarem como CONTRATANTES, assim identificadas na Proposta de Adesão fornecida pela CONTRATADA que assinada integrará este instrumento, observadas as regras sobre a capacidade civil.



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

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, 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;

4.3. 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 nas letras “b”, e “c” 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 nas letras “b” e “c” do item anterior.

4.4. Fica assegurado à CONTRATADA o direito de exigir do BENEFICIÁRIO TITULAR no momento da inclusão do DEPENDENTE, a comprovação de relação de dependente especificada nesta cláusula.

4.5. A Proposta de Adesão deverá ser preenchida e assinada pelo beneficiário titular e entregue para a CONTRATADA, 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 documento expedido pelo órgão oficial do Governo que comprove a invalidez permanente, nos termos da Lei 8.212 e 8.213/91, ou documento médico atual





## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

e recente, em via original, atestando incapacidade total e definitiva, para a inscrição do filho(a) inválido(a);

e) outros documentos que vierem a ser solicitados a critério da CONTRATADA.

4.6. Poderão ser incluídos DEPENDENTES, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR através da Proposta de Adesão, cujo preenchimento é obrigatório e na presença, cumulativa, dos seguintes requisitos:

a) documentação comprobatória da qualidade de dependente listada no item anterior;

b) mensalidades deverão estar rigorosamente em dia;

c) assinatura de Termo Aditivo de Inclusão contendo os dados pessoais do beneficiário titular e de seus dependentes; e

d) a mensalidade deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor correspondente à faixa etária a que o incluído pertencer, de acordo com a tabela vigente na época.

4.7. Não será permitida a inclusão de DEPENDENTE sem vínculo direto com o BENEFICIÁRIO TITULAR na forma descrita nas cláusulas acima ou em plano distinto deste.

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

Individual/ Familiar

4.10. Serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários e seus dependentes que apresentarem as seguintes situações:

- a) nos casos de morte;
- b) nos casos de perda da condição de DEPENDENTE pelo atingimento da idade, pela separação ou divórcio, pela cessação da tutela, da curatela, da guarda ou da invalidez ou por qualquer outro fato jurídico, natural ou humano, que importe na perda da qualidade de dependente;
- c) prática de fraudes ou infrações DEVIDAMENTE comprovadas, com o intuito de obter vantagem ilícita para si ou para outrem;
- d) nos casos de rescisão do presente Contrato;
- e) por solicitação unilateral do BENEFICIÁRIO TITULAR, nos termos da Resolução Normativa RN 561/2022.

4.11. Nas hipóteses da alínea 'b' do item anterior, compete ao BENEFICIÁRIO TITULAR informar a perda da qualidade do DEPENDENTE inscrito, podendo a CONTRATADA, a qualquer tempo, quando identificada a hipótese de exclusão, promover sua realização.

4.11.1. Nas hipóteses da alínea 'c' do item anterior, a CONTRATADA para poder excluir o beneficiário titular e seus dependentes em razão de fraudes ou infrações devidamente comprovadas.

4.11.2. Nas hipóteses da alínea 'e' do item anterior, a solicitação de exclusão por solicitação do beneficiário deverá se dar através dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 561/2022, e o seu efeito é imediato a partir da ciência da CONTRATADA.

4.11.3. O BENEFICIÁRIO TITULAR somente será excluído do plano nos casos de morte, fraude, solicitação espontânea de exclusão ou nos casos de rescisão do presente contrato permitida por lei.

4.11.4. A extinção do vínculo do BENEFICIÁRIO TITULAR do plano familiar, inclusive por morte, não extinguirá o contrato, sendo assegurado aos DEPENDENTES já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais com assunção das obrigações decorrentes, devendo ser identificado pelos DEPENDENTES o novo beneficiário titular do



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

contrato, não se aplicando direito ora assegurado às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou pelo não pagamento das mensalidades.

4.11.5. Quando da exclusão, o BENEFICIÁRIO TITULAR 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.

4.11.6. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário titular e dependentes que perderam essa qualidade, cuja exclusão não tenha sido comunicada à CONTRATADA, nos termos do disposto no presente contrato, serão de responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR, ressarcindo a CONTRATADA por todos os prejuízos que de rem causa.

### 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.



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

Individual/ Familiar

**Relação de procedimentos odontológicos cobertos:**

**CIRURGIA**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
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
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)





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

Individual/ Familiar

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**

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



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

Individual/ Familiar

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

**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



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

Individual/ Familiar

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
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



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

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





## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

\*\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação 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, evidenciação 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 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.



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

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:

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.



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

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.

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



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

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:

Carências Padrão	Cobertura Odontológica
<b>24 horas</b>	URGENCIA E EMERGENCIA
<b>30 dias</b>	CONSULTAS ODONTOLOGICAS
<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.

### 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



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

Individual/ Familiar

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 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**

Individual/ Familiar

### **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.

### **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



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

Individual/ Familiar

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 serão cobrados pelo sistema preestabelecido, sendo o valor mensal apurado e exigido antes da garantia das coberturas odontológicas contratadas.

13.2. O beneficiário titular pagará todo mês à CONTRATADA a mensalidade devida correspondente a sua contraprestação pecuniária, bem como a de seus dependentes, restando o valor inicial da mensalidade de cada beneficiário pactuado quando da contratação do presente plano odontológico.

13.3. A data para pagamento da mensalidade será escolhida conforme registrado no documento de Proposta de Adesão.

13.4. Em caso de atraso no pagamento das MENSALIDADES, o CONTRATANTE deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o prin-



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

Individual/ Familiar

cial e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia, acrescido de honorários advocatícios em 20% sobre o valor devido quando houver atuação profissional de advogado para a recuperação extrajudicial do crédito, por força do disposto nos artigos 389, 395 e 404 do Código Civil.

13.5. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas pela CONTRATADA, a razão de R\$ 15,00 (quinze reais) por cartão, sendo acrescido tal valor à mensalidade, quando solicitada. O valor estabelecido será reajustado anualmente, conforme índice previsto neste contrato para reajuste das mensalidades.

13.6. É responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR manter atualizado, junto à CONTRATADA, os dados cadastrais, tais como: dados bancários, endereço de correspondência, e-mail e telefone de contato.

13.7. O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato. Além disso, o recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

13.8. O pagamento da MENSALIDADE referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores

### **14 - DOS REAJUSTES**

14.1. O valor da MENSALIDADE de cada BENEFICIÁRIO será reajustado anualmente de acordo com a variação do IPCA (ÍNDICE DE PREÇO AO CONSUMIDOR AMPLIADO) apurado nos últimos 12 (doze) meses consecutivos, na data de aniversário do contrato. A tabela de preço para novas adesões também sofrerá o mesmo reajuste.

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

14.3. É vedada a aplicação de percentuais de reajustes diferentes a beneficiários pertencentes a um mesmo contrato.



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

### 15 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO

15.1. O presente Contrato vigorará pelo período mínimo de 12 meses, contados a partir de sua assinatura através da Proposta de Adesão ou do instrumento jurídico em si, ou a data do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

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 será rescindido por iniciativa da CONTRATADA de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/98, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, SOMENTE nas hipóteses seguintes:

a) Pelo atraso do CONTRATANTE, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades, a CONTRATADA, ficando a seu exclusivo critério, poderá suspender ou rescindir o contrato de plano odontológico, desde que tenha notificado por escrito o CONTRATANTE, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso (ou, se superior, respeitando sempre o prazo de 10 dias para fins de purgação da mora), cumulado ou consecutivo.

b) Pela prática de outras fraudes DEVIDAMENTE comprovadas por parte do beneficiário titular e/ou seus dependentes, com o intuito de obter vantagem ilícita para si ou para outrem, indenizando a CONTRATADA por todos os prejuízos que derem causa.

16.2. A rescisão contratual, por iniciativa do CONTRATANTE, somente poderá se dar mediante solicitação formalizada junto à CONTRATADA através dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, ou através da área específica do PIN-SS no Portal Corporativo da CONTRATADA ([www.planosantasaude.com.br](http://www.planosantasaude.com.br)).

16.3. Ocorrendo a rescisão do contrato por iniciativa do CONTRATANTE antes do período de vigência inicial 12 meses, será devido uma multa equivalente à 20% (vinte por cento) da soma total das MENSALIDADES devidas até o término do prazo de vigência de 12 meses.



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

Individual/ Familiar

16.4. O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá devolver à CONTRATADA, todos os Cartões de Identificação, incluindo os de seus Dependentes.

16.5. Após o término do período do aviso prévio de rescisão contratual, cessam, para todos os efeitos legais, a responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos.

### **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:

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;





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

Individual/ Familiar

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).

### **18 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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

18.3. 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.

18.4. A CONTRATADA no ato da assinatura do presente contrato encontra-se entregando ao BENEFICIÁRIO titular, previamente à adesão ao presente contrato, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), bem como o Guia de Leitura Contratual (GLC, junto com o cartão de identificação.



Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo **32 (trinta e duas) páginas**, foi apresentado em **21/08/2023**, o qual foi protocolado sob nº **659.664**, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **754.647** em 21/08/2023 no Livro de Registro B deste Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Santos - SP. Assinado eletronicamente por: Marcelo da Costa Alvarenga - Oficial.

Página 032 de 032.



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Individual/ Familiar

### 19 - DO FORO DE ELEIÇÃO

19. 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 – INDIVIDUAL 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 754.647 de 21/08/2023

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo 32 (trinta e duas) páginas, foi apresentado em 21/08/2023, o qual foi protocolado sob nº 659.664, tendo sido registrado eletronicamente sob nº 754.647 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)

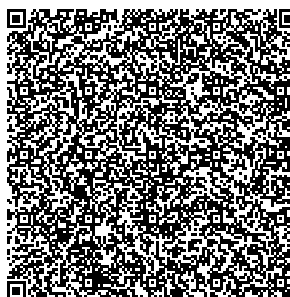
As assinaturas digitais qualificadas, com adoção do padrão ICP-Brasil, são verificadas e validadas pelo registrador, de acordo com as normas previstas em lei. No caso de assinaturas eletrônicas com utilização de padrões privados (não ICP-Brasil), o registrador faz apenas uma verificação junto à empresa 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\$ 258,96	R\$ 73,86	R\$ 50,44	R\$ 13,68	R\$ 17,64
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R\$ 12,50	R\$ 5,17	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 432,25



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

Selo Digital  
1211454TIDE000010428AE23Z