

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

SORRISO OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA., operadora de planos privados de assistência à saúde, com sede na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Rua Funchal, nº 513, 6º andar, Vila Olimpia, inscrita no CNPJ/MF sob nº 09.215.155/0001-10, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 41.663-1, classificada na modalidade Odontologia de Grupo, neste ato representada na forma de seu contrato social, doravante simplesmente denominada OPERADORA, e o CONTRATANTE, qualificado na Proposta de Adesão, sendo beneficiários somente as pessoas por este indicadas, regendo-se de acordo com as seguintes cláusulas:

I. DO OBJETO

- 1.1. Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, por prazo indeterminado, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Odontológica aos beneficiários indicados na Proposta de Adesão.
- 1.2. A cobertura contratual compreende todos os procedimentos expressamente previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS conforme normativo vigente na época do evento.
- 1.3. A Proposta de Adesão, a Tabela Sorriso de Procedimentos e os demais documentos necessários à operação deste Plano de Benefícios fazem parte integrante do presente Contrato.

II. NATUREZA DO CONTRATO

- 2.1. Este contrato reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, tratando-se de contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.
- 2.2. A este contrato aplicam-se, igualmente, as normas estatuídas na Lei nº 9.656/98 e, subsidiariamente, as disposições da Lei nº 8.078/90, especialmente, por tratar-se de contrato de adesão, o disposto no artigo 54 desta Lei.

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 3.1. Nome Comercial do Plano: SORRISO I. Nº de Registro na ANS: 460.273/09-1.

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

- 4.1. O Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato será, sempre, de contratação Individual ou Familiar observando-se as seguintes variações:
 - a) Contrato INDIVIDUAL é aquele que tem um único beneficiário titular.
 - b) Contrato EM GRUPO é aquele que tem como beneficiários, além do beneficiário titular, o mínimo de 01 (um) beneficiário dependente.
 - c) Contrato FAMILIAR é aquele que tem como beneficiários ambos os cônjuges e seus filhos (as), enteados (as), curatelados (as) e/ou tutelados

(as), dependentes economicamente do beneficiário titular, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem freqüentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade.

- 4.2. Os menores de 18 (dezoito) anos de idade, somente poderão ser beneficiários titulares de um Contrato, quando tiver um responsável maior de idade podendo este não ser beneficiário do Contrato.
- 4.3. O Contratante ou o responsável maior de idade indicado na Proposta de Adesão deverá responder por todos os dados incluídos na Proposta de Adesão, apresentando os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como, carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento e/ou casamento.

V. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

- 5.1. As coberturas contratuais compreendem o tipo de segmentação assistencial Odontológico.
- 5.2. O Plano de Assistência à Saúde assegura aos beneficiários a cobertura dos custos das despesas odontológicas realizadas exclusivamente na Rede Credenciada Sorriso.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

- 6.1. A Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual enquadra-se na categoria Nacional.

VII. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 7.1. O Beneficiário Titular, juntamente com seus Dependentes inscritos, está devidamente identificado na Proposta de Adesão parte integrante deste Contrato. A aprovação está condicionada ao preenchimento dos requisitos, inclusive os documentos exigidos no presente Contrato.
- 7.2. O Beneficiário Titular poderá incluir no Contrato, fazendo-os constar na Proposta de Adesão, o cônjuge ou a (o) companheira (o) e os filhos e/ou equiparados, solteiros, menores de 25 (vinte e cinco) anos de idade, além de outros dependentes econômicos, assim considerados pelas normas do Imposto de Renda ou da Previdência Social, sendo de sua responsabilidade o pagamento das respectivas Mensalidades.
 - 7.2.1. O Contratante deverá apresentar no ato da assinatura da Proposta de Adesão, os documentos que comprovem a referida relação de dependência com o beneficiário dependente, indicados no presente Contrato.
- 7.3. O Beneficiário Titular poderá, a qualquer tempo, solicitar, por escrito, a inclusão de novos dependentes, que, contudo, se efetivamente incluídos, estarão sujeitos

- ao cumprimento integral das condições individuais de carências, fixadas neste Contrato.
- 7.3.1. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de dependente seu inscrito no Contrato, nascido na vigência do Contrato, cuja inclusão tenha sido solicitada por escrito, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias contados da data de nascimento, e desde que apresentada a documentação pertinente, não estará sujeito ao cumprimento de quaisquer períodos de carência.
 - 7.3.2. Para a efetivação das inscrições, o Contratante deverá apresentar à SORRISO a correta documentação comprobatória de referida relação de dependência.
 - 7.4. O filho adotivo do Beneficiário, menor de doze anos e não caracterizado como recém-nascido, cuja inclusão tenha sido solicitada, por escrito, e desde que apresentada a documentação comprobatória pertinente (assim considerada a partir da guarda provisória conferida pelo juízo), terá aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.
 - 7.5. A cobertura individual dos dependentes incluídos após o início de vigência do contrato, começará a vigorar na data em que a solicitação expressa de inclusão do novo beneficiário seja protocolada na Operadora, data a partir da qual passará a ser devida a respectiva Mensalidade individual.
 - 7.6. Os beneficiários dependentes serão excluídos do presente Contrato, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:
 - a) automaticamente, em razão da extinção da relação de dependência com o Contratante;
 - b) mediante solicitação, por escrito, do Contratante;
 - c) fraude comprovada.
 - 7.6.1. A SORRISO permitirá que o Beneficiário excluído do Contrato em razão da extinção da relação de dependência, seja incluído em novo Contrato com igual cobertura, o qual deverá ser celebrado em até 30 (trinta) dias após a data de sua exclusão, para aproveitamento do período de carência já cumprido no Contrato anterior. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de novo período de carência.
 - 7.6.2. A exclusão de um dos cônjuges do Contrato familiar, qualquer que seja o motivo, implicará na assinatura de um novo contrato que passará para Individual ou Grupo, para aproveitamento do período de carência já cumprido no Contrato anterior. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de novo período de carência.
 - 7.7. A exclusão de beneficiário falecido ocorrerá no mês seguinte ao do falecimento, desde que a SORRISO seja comunicada, por escrito.
 - 7.8. Em caso de óbito do Contratante, o cônjuge beneficiário ou o beneficiário mais idoso, passará a ser responsável pelo pagamento das mensalidades, tornando-se o novo beneficiário titular. Nesses casos, a SORRISO deverá ser comunicada, por escrito, do óbito, para que proceda a referida alteração contratual.

VIII. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

8.1. OS USUÁRIOS TERÃO DIREITO AOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, INCLUINDO:

- a) A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela agência nacional de saúde suplementar vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;
- b) Das doenças de natureza odontológica elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), respeitadas as coberturas contratadas.
- c) Apenas e tão somente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, que necessitem de internação, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

IX. PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICO:

Consulta inicial

Exame histopatológico

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial

Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose

Imobilização dentária temporária

Recimentação de trabalho protético

Tratamento de alveolite

Colagem de fragmentos

Incisão e drenagem de abscesso extra oral

Incisão e drenagem de abscesso intraoral

Reimplante de dente avulsionado

RADIOLOGIA:

Radiografia periapical

Radiografia bite-wing

Radiografia oclusal

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

Atividade educativa (Orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentifrícios e enxaguatórios);

Evidenciação de placa bacteriana;
Profilaxia-polimento coronário
Fluorterapia;
Aplicação de selante (aplicação preventiva de resina);

DENTÍSTICA :

Aplicação de carioestático
Adequação do meio bucal
Restauração de 1 (uma) face; (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
Restauração de 2 (duas) faces; (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
Restauração de 3 (três) faces; (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
Restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta; (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
Restauração de ângulo;
Restauração a pino;
Restauração de superfície radicular;
Núcleos de preenchimento
Ajuste oclusal

PERIODONTIA:

Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal
Imobilização dentária temporária ou permanente
Gengivectomia / Gengivoplastia;
Aumento de coroa clínica;
Cunha distal
Cirurgia periodontal a retalho;
Sepultamento radicular

ENDODONTIA

Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final
Pulpotomia/pulpectomia;
Remoção de núcleo intrarradicular / corpo estranho
Tratamento endodôntico em dentes permanentes (1 conduto);
Tratamento endodôntico em dentes permanentes (2 condutos);
Tratamento endodôntico em dentes permanentes (3 condutos);
Tratamento endodôntico em dentes permanentes (4 condutos ou mais);
Retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares;
Tratamento endodôntico de dentes decíduos;
Tratamento endodôntico de dentes com rizogênese incompleta;
Tratamento de perfuração radicular;

CIRURGIA:

Alveoloplastia;
Apicectomia unirradicular
Apicectomia birradicular
Apicectomia trirradicular

Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada
Apicectomia birradicular com obturação retrógrada
Apicectomia trirradicular com obturação retrógrada
Biópsia;
Cirurgia de tórus unilateral
Cirurgia de tórus bilateral;
Correção de bridas musculares;
Excisão de mucocele;
Excisão de rânula;
Exodontia a retalho
Exodontia de raiz residual
Exodontia simples;
Exodontia de dente decíduo
Fraturas alvéolo-dentárias - redução cruenta;
Fraturas alvéolo-dentárias - redução incruenta;
Frenectomia labial;
Frenectomia lingual;
Remoção de dentes retidos (inclusos e impactados);
Sulcoplastia;
Ulectomia;
Ulotomia;
Hemissecção com ou sem amputação radicular.

Além da Cobertura mínima acima elencada, o Beneficiário inscrito no **Plano Sorriso** terá direito, também, às coberturas a seguir previstas:

DENTÍSTICA

Remoção de Restaurações Metálicas e Coroas

ENDODONTIA

Troca de medicação intra-canal

PREVENÇÃO

Teste de risco de cárie – Contagem de S. mutans

Teste de risco de cárie – Fluxo salivar e Capacidade Tampão

X. EXCLUSÕES DE COBERTURA

10.1. Estão expressamente excluídas da cobertura do Plano de Assistência Odontológica objeto deste Contrato os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, e as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados e suas conseqüências:

- a) Métodos diagnósticos e tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, experimentais, não reconhecidos pelas sociedades odontológicas nacionais, em especial o Conselho Federal de Odontologia (CFO).
- b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.
- c) Procedimentos buco-maxilares.

- d) Despesas hospitalares, em qualquer hipótese, à exceção dos honorários profissionais do cirurgião-dentista e os materiais por ele utilizados em procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitaram de internação hospitalar por imperativo clínico;
- e) Atendimento domiciliar, em qualquer hipótese.
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
- g) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- i) Quaisquer atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.
- j) Cirurgias com envolvimento de seio maxilar, exceto quando for decorrente de algum procedimento previsto no Rol de Procedimentos da ANS vigente na data do evento.

XI. VIGÊNCIA

- 11.1. A vigência contratual será de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do contrato, da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

XII. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

- 12.1. O Contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, salvo se houver manifestação escrita em contrário do Beneficiário Titular, enviada para os endereços constantes da Proposta de Adesão, com 30 (trinta) dias de antecedência ao término do período inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, conforme prevê o art. 13 da Lei nº 9656/98.

XIII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 13.1. O quadro geral de carências, abaixo indicado, deverá ser aplicado em respeito e conformidade com as coberturas expressamente previstas neste contrato, sendo certo que os prazos indicados começarão a ser contados a partir da data da assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do presente Contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, ou, no caso de dependentes incluídos posteriormente, da data em que a solicitação de inclusão tenha sido protocolada na Operadora:

24 horas - Urgência e Emergência;

60 / 90 dias - Diagnóstico;

60 / 90 dias - Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia;

60 / 90 dias - Periodontia, Endodontia;
60 / 90 dias - Ortodontia;
60 / 90 dias - Prótese Dental;
60 / 90 dias - Demais Casos.

XIV. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 14.1. São considerados procedimentos de urgência/emergência odontológica aqueles assim classificados na Resolução Normativa ANS que institui o rol de procedimentos odontológicos e suas atualizações (conforme tema "Coberturas e Procedimentos Garantidos"), para a supressão de dor intensa e processos hemorrágicos. E como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico, com risco de vida do paciente.
- 14.2. Reembolso de Despesas nas Emergências/Urgências
- 14.2.1. Nos atendimentos de Emergência ou Urgência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela OPERADORA, é garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes, de acordo com a Tabela Sorriso de Procedimento Odontológicos.
- 14.2.2. Os reembolsos devem ser solicitados mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Declaração assinada pelo Beneficiário onde afirme a impossibilidade de utilização da rede credenciada;
 - b) Recibo ou nota fiscal original de honorários do dentista com nome, endereço completo, CRO, CPF ou CNPJ,
 - c) Relatório com nome do associado atendido no formulário devidamente carimbado e assinado pelo profissional discriminando tipo de procedimento realizado, dente e / ou região e valor unitário de cada procedimento em moeda corrente.
 - d) Laudo descrito do atendimento realizado, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
 - e) Data da realização do evento;
 - f) Radiografias iniciais (da área a ser tratada) e radiografias finais (após o tratamento) dos procedimentos executados, inclusive da consulta de emergência.
 - g) Dados bancários do associado.
- 14.2.3. O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada.
- 14.2.4. Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela OPERADORA, da documentação completa, através de depósito bancário na conta corrente de titularidade do

Contratante ou de quem este expressamente vier a indicar na Proposta de Adesão.

14.2.5. O valor a ser reembolsado será o da relação de serviços odontológicos praticados pela OPERADORA junto à rede assistencial deste plano, sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela SORRISO junto a sua Rede Credenciada.

14.2.6. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

14.2.7. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **SORRISO** poderá pedir informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias, após a chegada da documentação. Isto acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias, a partir do cumprimento das solicitações, para que o reembolso possa ser efetuado.

14.2.8. Procedimentos de Urgência e Emergência, de acordo com o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente são descritos abaixo:

- Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
- Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose;
- Imobilização dentária temporária;
- Recimentação de trabalho protético;
- Tratamento de alveolite;
- Colagem de fragmentos;
- Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
- Incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- Reimplante de dente avulsionado.

XV. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

15.1. O beneficiário será atendido por dentistas integrantes da **Rede Credenciada Sorriso**, em conformidade com o presente Contrato, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com a disponibilidade do dentista.

15.2. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da Operadora com um documento de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, nos casos previstos, com a Autorização Prévia da Operadora para a realização do serviço.

15.3. A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à Operadora em impresso próprio, completamente preenchido, assinado e datado pelo odontologista do caso e assinado pelo Beneficiário.

- 15.4. Com exceção da consulta inicial, para exame clínico e elaboração de orçamento, e dos casos de urgência/emergência, todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da Operadora.
- 15.5. Nos casos de Urgência/Emergência, a autorização prévia será substituída por relatório do odontologista assistente, justificando a sua necessidade.
- 15.6. Fica reservado à Operadora o direito de, para a correta avaliação da solicitação de autorização prévia, solicitar segunda opinião ou perícia odontológica, por intermédio de seu departamento especializado ou profissional pertencente à sua Rede Credenciada.
- 15.7. De acordo como o artigo 4º, inciso IV, da Resolução CONSU nº 8/98, fica garantido ao Beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.
- 15.8. Em conformidade com o disposto no artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU nº 8/98, em caso de divergências e dúvidas de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário o direito de requerer a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela Operadora, e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.
- 15.9. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da Operadora, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.
- 15.10. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela Operadora.
- 15.11. Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada da SORRISO, o beneficiário poderá consultar a Central de Atendimento da SORRISO, cuja ligação é gratuita e o número está indicado na Proposta de Adesão, ou ainda pelo sítio eletrônico no seguinte endereço: [HTTP://:www.sorrisoassist.com.br](http://www.sorrisoassist.com.br).
- 15.12. Indicador de Serviços da Rede - é a relação de prestadores de serviços odontológicos, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.
- 15.13. Manual do Beneficiário - é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores de coparticipação ou de

fatores moderadores, limites de cobertura e/ou coparticipações, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela Operadora para a o atendimento ao Beneficiário associado ao seu respectivo Plano.

XVI. FORMAÇÃO DE PREÇO

16.1. Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, pré-estabelecidos.

XVII. PAGAMENTO DA MENSALIDADE

17.1. No ato de assinatura da Proposta de Adesão, o Beneficiário Titular deverá pagar, através de cheque ou dinheiro, a Taxa de Inscrição e a primeira Mensalidade.

17.2. As Mensalidades subseqüentes à primeira terão como data de vencimento o mesmo dia em que foi feito o pagamento da primeira Mensalidade, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas nos estabelecimentos bancários autorizados pela Operadora.

17.3. Quando a data de vencimento da Mensalidade cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado até o primeiro dia útil subseqüente.

17.4. No caso de atraso no pagamento da Mensalidade, seu valor será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

17.5. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

17.6. Se durante a vigência do presente Contrato, a forma de pagamento escolhida pelo Contratante na Proposta de Adesão, for comprovadamente inviável, qualquer que seja o motivo, a SORRISO automaticamente emitirá cobrança bancária.

17.7. Caso o Contratante não receba a cobrança em até 02 (dois) dias úteis antes da data de seu vencimento, deverá imediatamente entrar em contato com a **SORRISO**, para receber instruções sobre a realização do pagamento dentro do prazo de vencimento, não cabendo qualquer alegação posterior.

17.8. Nenhum pagamento de Mensalidade será reconhecido se o Beneficiário não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela Operadora.

XVIII. REAJUSTE

- 18.1. O valor da Mensalidade, estipulado na data de assinatura da Proposta de Adesão, será atualizado anualmente, de acordo com a variação percentual do índice Geral de Preços - Mercado - IGP-M/FGV, verificada no período de 12 (doze) meses, contado a partir da data de início de vigência contratual ou, na vigência por prazo indeterminado, do último aniversário do Contrato.
- 18.2. Na falta do índice referido acima, o reajuste das Mensalidades será calculado de acordo com a variação percentual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, verificada no período de 12 (doze) meses, contado a partir da data de início de vigência contratual ou, na vigência por prazo indeterminado, do último aniversário do Contrato, ou do índice, oficial, que o substitua.
- 18.3. Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS, na forma e nos prazos determinados pela legislação vigente.
- 18.4. Caso o índice pactuado sofra descontinuidade na apuração, a **SORRISO** oferecerá ao beneficiário através de termo aditivo a este Contrato, um novo índice oficial divulgado por uma instituição externa. A não manifestação do beneficiário quanto à cláusula proposta, no prazo de **15 (quinze) dias** do recebimento do referido termo aditivo, implicará na adoção, para fins de reajuste, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE.
- 18.5. A **SORRISO** manterá por 05 (cinco) anos o comprovante de recebimento pelo beneficiário titular da proposta de termo aditivo.
- 18.6. A **SORRISO** não utiliza a faixa etária como critério para a variação do preço da mensalidade.
- 18.7. Quaisquer reajustes de Mensalidades, contudo, somente serão aplicados quando plenamente em conformidade com as regras estabelecidas, de forma específica para os contratos de plano exclusivamente odontológico do tipo individual ou familiar, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

XIX. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 19.1. Os Beneficiários que, em razão de atingimento da idade limite ou de casamento, com conseqüente exclusão do grupo familiar, perderem a qualidade de dependente, serão automaticamente excluídos do Contrato, sendo-lhes garantida a migração, na condição de Beneficiário Titular, para outro Contrato, com igual cobertura e aproveitamento pleno dos prazos de carências já cumpridos.

XX. RESCISÃO

- 20.1. Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, o Contrato poderá ser rescindido, independentemente de interpelação judicial e sem que caiba indenização à parte infratora, nas seguintes situações:
- a) infrações ou fraudes comprovadamente praticadas pelo Beneficiário, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita do Contrato, desde que devidamente comprovada pela Operadora junto à ANS;
 - b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, acumulado nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;
 - c) por solicitação expressa do Beneficiário Titular, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias.
- 20.2. Se a rescisão ocorrer antes de completada a vigência inicial de um ano, por iniciativa do Beneficiário Titular, este se obriga ao pagamento de multa rescisória no valor equivalente a 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para se completar a vigência inicial, por prazo determinado, de 12 (doze) meses.
- 20.3. Ressalta-se que no caso de falecimento do beneficiário titular de plano familiar, fica assegurado aos seus dependentes inscritos no contrato o direito de manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção da titularidade, bem como das obrigações decorrentes, pelo beneficiário dependente de maior idade, por si ou, em se tratando de incapaz, legalmente representado ou assistido.

XXI. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

- 21.1. Além da cobertura prevista no tema Coberturas e Procedimentos Garantidos, este plano também contempla:
- na especialidade de ortodontia, única e exclusivamente, o serviço de instalação do aparelho ortodôntico, excluídos quaisquer outros procedimentos relacionados àquela especialidade;

XXII. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 22.1. As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, o Beneficiário esteja em dia com suas obrigações contratuais.
- 22.2. Após decorrido o primeiro ano de vigência contratual, as transferências solicitadas fora dos prazos acima estipulados poderão ser aceitas pela

Operadora exclusivamente quando o novo plano tenha coberturas inferiores àquele originalmente contratado.

22.3. Nos casos de Plano com contrato em Grupo e/ou Familiar, a transferência de plano deverá abranger a totalidade de componentes do grupo familiar.

22.4. A exclusão de dependentes somente será aceita pela Operadora mediante aviso-prévio, por escrito, de, no mínimo, 30 (trinta) dias.

22.5. Qualquer solicitação de transferência de plano ou de exclusão de dependentes deverá ser apresentada, por escrito, nos escritórios da Operadora, que terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da solicitação, para análise e efetivação da mesma.

22.6. A Operadora mantém em sua sede o Serviço de Apoio ao Cliente (SAC), para fornecer informações gerais, orientações e esclarecimentos, referentes aos serviços objeto do Contrato.

22.7. Para os efeitos deste Contrato, os termos abaixo têm as seguintes Definições:

- Acidente Pessoal - é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento odontológico;

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - é a autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar;

- Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual - é a área geográfica de abrangência em que a Operadora se obriga a garantir todas as coberturas de assistência à saúde objeto deste Contrato;

- Área de Atuação - é a relação de, conforme o caso, estados ou municípios incluídos na Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual, ressaltando-se que no caso de abrangência Nacional estão incluídos todos os municípios brasileiros;

- Auditoria Clínica Odontológica - é o direito que a Operadora se reserva de realizar a verificação clínica dos tratamentos odontológicos propostos ou executados, mediante perícia inicial e/ou final;

- Beneficiário - é todo Proponente, titular ou dependente, efetivamente incluído no Contrato;

- Beneficiário Titular - é o Proponente Titular que contrata o plano de assistência à

saúde objeto deste Contrato e é admitido pela Operadora, e que se responsabiliza pelo pagamento das Mensalidades e pelas declarações constantes da Proposta de Adesão;

- Carência - é o período de tempo ininterrupto a ser cumprido pelo Beneficiário para adquirir o direito de utilização de determinadas coberturas, contado a partir da data de início de vigência do Contrato, ou, no caso de dependentes incluídos posteriormente, da data em que a solicitação de inclusão tenha sido protocolada na Operadora;

- Dentística - é a especialidade da Odontologia que cuida da remoção das cáries e da restauração dos dentes.

- Despesas Cobertas (Garantias) - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é garantida pela Operadora, de acordo com o estabelecido neste Contrato;

- Despesas não Cobertas (Exclusões) - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é excluída do Plano de Assistência à Saúde, de acordo com o estabelecido neste Contrato;

- Endodontia - é a especialidade da Odontologia que estuda e cuida da parte vital do dente (polpa);

- Evento - é todo o conjunto de ocorrências e/ou serviços de Assistência Odontológica, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário, decorrente de doença ou acidente pessoal, ressaltando-se que o evento se inicia com a comprovação clínica da ocorrência e termina com a alta do Beneficiário;

- Coparticipação - é o montante, definido contratualmente, até o qual o Beneficiário é responsável pelo custo do atendimento odontológico, devendo ser pago diretamente ao prestador credenciado ou referenciado utilizado, por não ser referido pagamento de responsabilidade da Operadora, não se aplicando para efeitos deste contrato.

- Inclusão de Beneficiário - é o processo pelo qual o Proponente, titular ou dependente, é admitido pela Operadora, passando à condição de Beneficiário;

- Mensalidade - é a quantia, em moeda corrente, devida, mensal e antecipadamente, pelo Beneficiário Titular à Operadora;

- Operadora - é a operadora a operadora de planos privados de assistência à saúde, acima qualificada, que, na qualidade de contratada, assume os riscos inerentes às coberturas estabelecidas nos termos deste Contrato;

- Odontopediatria - é a especialidade da Odontologia que estuda e cuida dos dentes das crianças;

- Ortodontia - é a especialidade da Odontologia que estuda e corrige a posição dos dentes;

- Periodontia - é a especialidade da Odontologia que estuda e cuida da gengiva e do tecido mole em volta do dente;

- Prótese Dental - é a especialidade da Odontologia que estuda e cuida da reposição de dentes danificados;

- Rede Credenciada - é o conjunto de prestadores de serviços odontológicos, composto por pessoas físicas e jurídicas legalmente habilitadas para a prestação de assistência odontológica, contratadas pela Operadora;

- Proposta de Adesão - é o documento formal e legal, que, com numeração igual à deste Contrato, contém as condições comerciais do Plano, além dos dados e informações pessoais do Beneficiário Titular e de seus dependentes, preenchido e assinado pelo Beneficiário Titular, em seu nome e de seus dependentes, apresentado à Operadora para análise do risco a ser assumido, deverão constar, dentre outras informações na Proposta de Adesão: a) código e nome do plano contratado, valor da mensalidade inicial, data de adesão; b) nome, data de nascimento e filiação (paterna e materna do Beneficiário titular e materna dos dependentes); c) número de inscrição no CPF/MF e número e órgão expedidor da cédula de identidade do Beneficiário titular; d) endereço completo do Beneficiário titular;

- Tipo de Contratação - o Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato será, sempre, de contratação Individual ou Familiar, sendo que, operacionalmente, assim se caracteriza: a) contratação individual - quando o Beneficiário Titular contrata o Plano somente para si, não incluindo dependentes, mesmo que os tenha; b) contratação familiar - quando o Beneficiário Titular contrata o Plano para si e para os seus dependentes elegíveis;

- Formação de Preço - os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, pré-estabelecidos, de forma específica para o plano contratado;

- Tabela de Procedimento: é a lista indicativa de procedimentos odontológicos e seus respectivos valores aplicados às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência odontológica;

- Tipo de Segmentação Assistencial - As coberturas contratuais compreendem o tipo de segmentação assistencial Odontológico;

- Urgências Odontológicas - são situações, em razão de odontalgias, de hemorragias ou de traumas decorrentes de Acidente Pessoal, que levam à necessidade de intervenção do odontologista de forma efetiva e intensiva, por estar o paciente sob sofrimento físico intenso.

XXIII. ELEIÇÃO DE FORO

23.1. Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Beneficiário Titular.