

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA COLETIVO EMPRESARIAL (A PARTIR DE 03 VIDAS)

1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA	3
2. QUALIFICAÇÃO DA ESTIPULANTE	3
3. OBJETO DO CONTRATO DE SEGURO	3
4. COBERTURAS ADICIONAIS	3
5. NATUREZA DO CONTRATO	3
6. TIPO DE CONTRATAÇÃO	4
7. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	4
8. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	4
9. FORMAÇÃO DE PREÇO	4
10. PLANOS E REGISTRO ANS	4
11. DEFINIÇÕES	4
12. COBERTURAS DO CONTRATO	8
13. COBERTURA NAS URGÊNCIAS	13
14. EXCLUSÕES DE COBERTURA	13
15. REEMBOLSO E LIMITES DE REEMBOLSO	14
16. CARÊNCIAS	15
17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	15
18. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO SEGURADO	17
19. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO E MANUTENÇÃO	19
20. VIGÊNCIA DO SEGURO	19
21. FORMAÇÃO DE PREÇO E PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL	19
22. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL	20
23. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA	22
24. CANCELAMENTO DO SEGURO	23
25. EXCLUSÃO DE SEGURADO	23
26. DOS MEIOS DE NOTIFICAÇÃO	24
27. DEMITIDOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIOS	24

28. DAS OBRIGAÇÕES NOS CONTRATOS DE PLANOS CONTRIBUTÁRIOS.....	25
29. DISPOSIÇÕES GERAIS	26
30. DISPOSIÇÕES FINAIS	28
31.FORO	29
TERMO DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS	30

1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA

PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n. 04.540.010/0001-70, classificada como, **Seguradora** Especializada em Saúde, devidamente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - sob o n. 000582.

2. QUALIFICAÇÃO DA ESTIPULANTE

2.1. É a Pessoa Jurídica ou empresário individual, legalmente constituídos, identificados no **Cadastro da Estipulante Empresarial**, parte integrante deste contrato, que contrata o seguro odontológico, com a **Seguradora** e se responsabiliza pelo pagamento do prêmio mensal.

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

2.1.2. Cabe a **Estipulante** informar aos segurados todas as características e particularidades do Seguro odontológico contratado.

2.1.3. Atendendo ao estabelecido na Resolução Normativa n. 529 de 02 de maio de 2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas alterações, no momento da contratação do seguro, a **Estipulante** deverá encaminhar cópia da documentação que comprove sua regularidade, de acordo com informado na cláusula **COMPROVAÇÃO DE REGULARIDADE DA ESTIPULANTE**.

2.2. A **Seguradora** é concedido o prazo de 20 (vinte) dias, para manifestação, contados a partir da data de protocolo do Cadastro da **Estipulante** devidamente assinado pelo corretor e pelo responsável da empresa, e demais documentos pertinentes ou da solicitação de inclusão de segurados, referente a análise e aceitação do contrato do seguro.

2.3. Fica reservado a **Seguradora** o direito de solicitar documentos e informações complementares para proceder a inclusão solicitada. Nessa hipótese, o prazo previsto no item acima ficará suspenso e voltará a correr quando do recebimento da documentação pleiteada.

2.4. Durante o período de análise, não haverá cobertura contratual para qualquer evento, inclusive acidente pessoal e urgência/emergência.

3. OBJETO DO CONTRATO DE SEGURO

O presente seguro tem por objetivo a cobertura de custos assistenciais aos segurados regularmente inscritos, na forma de plano privado de assistência odontológica, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/1998, que abrange a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde CID 10, bem como no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na ocasião do evento, no que se refere a saúde bucal, na forma e condições deste instrumento.

4. COBERTURAS ADICIONAIS

São as coberturas e benefícios oferecidos pela Seguradora, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica.

As coberturas adicionais, quando contempladas pelo seguro, estarão informadas no **anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Empresarial** do plano contratado, que é parte integrante deste contrato.

5. NATUREZA DO CONTRATO

Este seguro se caracteriza pela contratação coletiva, de adesão, bilateral e aleatória, gerando direitos e obrigações entre as partes, conforme disposto no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor.

6. TIPO DE CONTRATAÇÃO

A contratação deste seguro está em conformidade com as resoluções normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na modalidade **Coletivo Empresarial**.

7. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

8. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

A área geográfica de abrangência do seguro contratado é nacional.

9. FORMAÇÃO DE PREÇO

O valor do prêmio a ser pago pelo seguro contratado é pré-estabelecido ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

10. PLANOS E REGISTRO ANS

Os planos estão devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e estão especificados no **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Empresarial**, do plano contratado, que é parte integrante deste contrato. Os planos se diferenciam quanto à rede referenciada, reembolso e coberturas.

11. DEFINIÇÕES

11.1. ACIDENTE PESSOAL ODONTOLÓGICO

Evento ocorrido em data específica, provocado por agente externo ao corpo humano, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão bucal que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento odontológico.

11.2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

É o Órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à Saúde, criado por meio da Lei 9.961 de 29/01/2000.

11.3. CONTRATO DE SEGURO

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

11.4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

É a região onde os segurados terão atendimento odontológico do Seguro.

11.5. ATENDIMENTO ELETIVO

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

11.6. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

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

11.7. CARÊNCIA

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

11.8. CADASTRO DA ESTIPULANTE EMPRESARIAL/ORÇAMENTO

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

11.9. COBERTURA

É a garantia de custeio direto ao prestador referenciado, pela **Seguradora**, bem como do reembolso, no caso de livre escolha, das despesas do segurado, relativas à realização dos eventos e procedimentos odontológicos definidos nestas Condições Gerais.

11.10. CONSULTA

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

11.11. COPARTICIPAÇÃO DE DESPESAS COBERTAS PELO SEGURO

É a participação na despesa assistencial a ser paga pela **Estipulante** diretamente à **Seguradora** após a realização de determinados procedimentos odontológicos pelo segurado, conforme o plano contratado.

11.12. CORRETOR DE SEGUROS

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

11.13. DOENÇA ORAL

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

11.14. EMERGÊNCIA

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

11.15. EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

Profissional que exerce em nome próprio uma atividade empresarial, desde que seja uma ME (Microempresa) ou EPP (Empresa de Pequeno Porte).

11.16. MICRO EMPRESÁRIO INDIVIDUAL - MEI

Profissional autônomo e/ou microempresário, que tem suas atividades legalizadas. Introduzido pela Lei Complementar 128/08 e inserido na Lei Geral da Micro e Pequena Empresa (Lei Complementar 123/06).

11.17. MICROEMPRESA - ME

São sociedades que visam o lucro e que apresentam um faturamento anual de até 360 mil, conforme Lei Complementar 123/06.

11.18. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O tratamento de dados pessoais envolvidos em razão deste Contrato deverá seguir os termos previstos no Anexo – Termo de Privacidade e Proteção de Dados.

11.19. EMPRESA DE PEQUENO PORTE – EPP

A Empresa de Pequeno Porte (EPP) é um empreendimento com faturamento bruto anual entre R\$ 360 mil e R\$ 3,6 milhões. Caso essa empresa não exerça uma atividade vedada pela LC 123/06, ela também poderá optar pelo Simples Nacional

11.20. EVENTO

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

11.21. EVENTO COBERTO

É todo evento ocorrido com o segurado durante a vigência do seguro, observando-se as coberturas, exclusões e

condições previstas nestas Condições Gerais.

11.22. EXAME

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

11.23. FORMAS DE CUSTEIO DO CONTRATO

De acordo com a opção da **Estipulante**, o custeio poderá ser:

a) Não contributivo – Os segurados não participam do pagamento do prêmio mensal. Nessa hipótese, o pagamento do prêmio do seguro será de responsabilidade integral da Estipulante.

b) Contributivo – Os segurados participam do pagamento do prêmio mensal total ou parcialmente.

11.24. GRUPO SEGURADO

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

11.25. GRUPO SEGURÁVEL

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

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

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

11.27. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Mecanismo de acesso oferecido ao segurado que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes à rede referenciada do seguro contratado, mediante reembolso nos limites do plano contratado, conforme estipulado nessas Condições Gerais e **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Empresarial**.

11.28. PLANO DE SEGURO

É o conjunto composto pelas coberturas, limites de reembolso e rede referenciada, escolhidos pela **Estipulante** por ocasião da contratação do Seguro e descritos no **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Empresarial**, do plano contratado.

11.29. PRÊMIO DE SEGURO

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

11.30. PROCEDIMENTOS

São todos os atos odontológicos que têm por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde oral do segurado, respeitadas as coberturas deste seguro, estabelecidas nestas Condições Gerais e **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Empresarial**, do plano contratado.

11.31. PROPONENTE

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

11.32. RADIOGRAFIA INICIAL

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

11.33. RADIOGRAFIA FINAL

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

11.34. REDE REFERENCIADA

É o conjunto de prestadores de serviços odontológicos legalmente habilitados para prestar atendimento aos segurados. Caso o segurado utilize a rede referenciada, o pagamento das despesas cobertas pelo plano de seguro contratado será feito pela **Seguradora** direta e, exclusivamente, aos prestadores de serviços em nome e por conta do segurado.

11.35. REEMBOLSO

É o pagamento ao segurado das despesas realizadas com tratamentos odontológicos com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Referenciada, desde que decorrentes de eventos cobertos, até os limites de valores estabelecidos para o plano de seguro contratado e previstos nas Condições Gerais e **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Empresarial**.

11.36. REGISTRO ANS

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

11.37. REMISSÃO

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

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

11.38. SEGURADO

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

11.38.1. SEGURADO TITULAR

É a pessoa física com vínculo empregatício, estatutário, societário ou contratual (especificamente para os estagiários e menores aprendizes), devidamente caracterizado com a **Estipulante** e efetivamente incluída no seguro odontológico.

11.38.1.1. O conceito de segurado é extensivo aos ex-empregados demitidos, exonerados, sem justa causa, ou aposentados da **Estipulante**, nos termos da legislação vigente.

11.38.2. SEGURADO DEPENDENTE

O grupo familiar do segurado titular, desde que previamente negociado pelas partes contratantes e limitado até o terceiro grau de parentesco consanguíneo (Pai, mãe, filho/filha, avô/avó, neto/neta, bisavô/bisavó, bisneto/bisneta, irmão/irmã, tio/tia, sobrinho e sobrinha), bem como até o segundo grau de parentesco por afinidade (sogro/sogra, genro/nora, padrasto/ madrasta, avô/avó, neto/neto do Cônjuge ou companheiro e cunhado ou cunhada), cônjuge ou companheiro do segurado titular.

11.39. SIMULAÇÃO E/OU FRAUDE

Entende-se como a utilização de subterfúgios, ou ainda, o engano dolosamente provocado ou indução maliciosa ao erro, bem como alegações inverídicas e omissões, de qualquer natureza, para o fim de obter vantagem ilícita, incluindo a solicitação de eventos e/ou exames desnecessários mesmo que, cobertos pelo plano.

11.40. SINISTRO

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

11.41. SINISTRALIDADE

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

11.42. TABELA PORTO SEGURO DE ODONTOLOGIA (TPSO)

Tabela, devidamente registrada em cartório, adotada por esta **Seguradora**, que constitui-se como instrumento para a base de cálculo de reembolso das despesas efetuadas pelo segurado.

11.42.1. A TPSO define valores básicos unitários por procedimentos para honorários odontológicos.

11.42.2. A TPSO poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a segmentação odontológica, devidamente registrada no 9º Oficial de Registro de Títulos e Documentos.

11.43. UNIDADE PORTO ODONTOLÓGICO (UPO)

É o fator expresso em moeda corrente nacional que, multiplicado pelos quantitativos previstos na TPSO - determina o valor do reembolso de cada procedimento odontológico coberto plano de seguro contratado. Os valores de reembolso serão revistos quando da aplicação do reajuste dos prêmios, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, vigente a época.

11.44. URGÊNCIA

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

11.45. VARIAÇÃO DE CUSTOS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – VCO

Trata-se da variação dos custos dos serviços Odontológicos (VCO), de administração, de comercialização, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e outras despesas incidentes na operação do seguro.

11.46. VIGÊNCIA DO CONTRATO

É o período pelo qual o contrato de seguro odontológico estará em vigor.

12. COBERTURAS DO CONTRATO

12.1. É garantido ao segurado, incluído no seguro contratado, o reembolso ou o pagamento das despesas com assistência odontológica, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), efetuadas pelos segurados nos tratamentos das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como seus respectivos procedimentos odontológicos, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época da realização do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, disponível no sítio da ANS, no endereço www.ans.gov.br de acordo com o estabelecido pela Lei n. 9.656/98 e conforme a modalidade de cobertura prevista nesta cláusula, desde que solicitados pelo cirurgião-dentista assistente e realizados em consultórios ou clínicas odontológicas:

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

12.2. De acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para a segmentação Odontológica, as coberturas obrigatórias são:

CIRURGIA ORAL MENOR

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

- Alveoloplastia;
- Amputação radicular com obturação retrógrada;
- Amputação radicular sem obturação retrógrada;
- Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada;
- Apicectomia unirradicular sem obturação retrógrada;
- Apicectomia birradicular com obturação retrógrada;
- Apicectomia birradicular sem obturação retrógrada;
- Apicectomia multirradicular com obturação retrógrada;
- Apicectomia multirradicular sem obturação retrógrada;
- Aprofundamento/aumento de vestibulo;

- Biópsia de boca**;
- Biópsia de glândula**;
- Biópsia de lábio **;
- Biópsia de língua**;
- Biópsia de mandíbula**;
- Biópsia de maxila**;
- Bridectomia;
- Bridotomia;
- Cirurgia para exostose maxilar;
- Cirurgia para tórus mandibular;
- Cirurgia para tórus palatino;
- Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilo facial;
- Cunha proximal;
- Exérese de lipoma na região bucomaxilo facial;
- Exérese ou excisão de cálculo salivar;
- Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila**;
- Exérese ou excisão de mucocele;
- Exérese ou excisão de rânula;
- Exodontia a retalho;
- Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
- Exodontia de raiz residual;
- Exodontia simples de permanente;
- Frenulectomia labial/lingual;
- Frenotomia/frenulotomia labial/lingual;
- Odontossecção;
- Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânula salivar;
- Punção aspirativa na região bucomaxilo facial;
- Reconstrução de sulco gengivo labial;
- Redução cruenta de fratura alveolodentária;
- Redução incruenta de fratura alveolodentária;
- Remoção de dentes inclusos/impactados;
- Remoção de dentes semi-inclusos/impactados;
- Remoção de odontoma;
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal;
- Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusal**;
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial**;
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial**;
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilo facial**;
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilo facial**;
- Tratamento cirúrgico para tumores benignos odontogênicos - sem reconstrução**;

- Ulectomia;
- Ulotomia.**

CLÍNICA GERAL/DENTÍSTICA

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

- Ajuste oclusal por acréscimo;
- Ajuste oclusal por desgaste seletivo;
- Faceta direta em resina fotopolimerizável;
- Restauração de amálgama 1 face;
- Restauração de amálgama 2 faces;
- Restauração de amálgama 3 faces;
- Restauração de amálgama 4 faces;
- Restauração em resina fotopolimerizável 1 face;
- Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces;
- Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces;
- Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces;
- Restauração temporária/tratamento expectante;
- Tratamento restaurador atraumático**.

DIAGNÓSTICO

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

- Condicionamento em odontologia**;
- Consulta odontológica inicial;
- Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- Controle pós-operatório em odontologia;
- Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilo facial;
- Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilo facial;
- Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilo facial;
- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilo facial;
- Teste de fluxo salivar;
- Teste de ph salivar (acidez salivar).

ENDODONTIA

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

- Pulpotomia;
- Remoção de corpo estranho intracanal;
- Remoção de núcleo intracanal;
- Retratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes;
- Retratamento endodôntico unirradicular em dentes permanentes;
- Retratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes;

- Tratamento de perfuração (radicular/câmara pulpar);
- Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
- Tratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes;
- Tratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes;
- Tratamento endodôntico unirradicular em dentes permanentes;

ODONTOPEDIATRIA

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

- Adequação do meio bucal**;
- Aplicação de carióstático**;
- Aplicação tópica de flúor;
- Condicionamento em odontologia;
- Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica;
- Exodontia simples de dente decíduo;
- Restauração de ionômero de vidro 1 face;
- Restauração de ionômero de vidro 2 faces;
- Restauração de ionômero de vidro 3 faces;
- Restauração de ionômero de vidro 4 faces;
- Pulpotomia em dente decíduo;
- Remineralização dentária;
- Tratamento endodôntico em dente decíduo.
- Tratamento restaurador atraumático em dente decíduo**;
- Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final.

PERIODONTIA

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

- Aumento de coroa clínica;
- Cirurgia periodontal a retalho;
- Dessensibilização dentária;
- Enxerto gengival livre;
- Enxerto pediculado;
- Gengivectomia;
- Gengivoplastia;
- Imobilização dentária em dentes decíduos;
- Imobilização dentária em dentes permanentes;
- Raspagem supragengival e polimento coronário;
- Raspagem subgengival e alisamento radicular/ curetagem de bolsa periodontal;
- Tunelização**.

PREVENÇÃO

É o conjunto de procedimentos que visa a prevenção de doenças e manutenção da saúde oral, havendo cobertura

contratual para os seguintes procedimentos:

- Aplicação de selante**;
- Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- Atividade educativa em saúde bucal;
- Atividade educativa em odontologia; para pais e/ou cuidadores;
- Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais;
- Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- Profilaxia: polimento coronário;
- Remoção dos fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana) .

PRÓTESE DENTÁRIA

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

- Coroa provisória com ou sem pino;
- Reabilitação com coroa (de aço) em dente decíduo;
- Reabilitação com coroa de policarbonato em dente decíduo;
- Reabilitação com coroa (de aço) em dente permanente;
- Reabilitação com coroa de acetato em dente decíduo;
- Reabilitação com coroa de policarbonato em dente permanente;
- Reabilitação com coroa de acetato em dente permanente;
- Reabilitação com coroa total de cerômero unitária (dentes anteriores);
- Reabilitação com coroa total metálica unitária para dentes posteriores;
- Reembasamento de coroa provisória;
- Núcleo de preenchimento;
- Reabilitação com núcleo metálico fundido**;
- Reabilitação com núcleo pré-fabricado**;
- (RMF) unitária**;
- Remoção de trabalho protético;
- Provisório para restauração metálica fundida (RMF);
- Remoção de peça/trabalho protético;
- Reabilitação com restauração metálica fundida.

RADIOLOGIA

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

- Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/ periapical completo);
- Radiografia interproximal - bite wing;
- Radiologia oclusal;
- Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- Radiografia periapical;
- Técnica de localização radiográfica.

13. COBERTURA NAS URGÊNCIAS

De acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para a segmentação Odontológica, em caso de urgência e emergências, estão garantidas aos segurados incluídos no seguro contratado as coberturas a seguir:

- Colagem de fragmentos dentários;
- Consulta odontológica de urgência;
- Redução de luxação de ATM**;
- Sutura de ferida em região bucomaxilo facial**;
- Consulta odontológica de urgência 24 horas;
- Tratamento de abscesso periodontal;
- Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilo facial;
- Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilo facial;
- Incisão e drenagem intra de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilo facial;
- Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilo facial;
- Pulpectomia;
- Recimentação de peça/trabalhos protéticos;
- Reimplante de dente avulsionado com contenção;
- Remoção de dreno intra e extraoral;
- Tratamento de abscesso periodontal;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de periocoronarite;
- Tratamento de odontalgia aguda.

14. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Salvo quando expressamente previstas nestas Condições Gerais e/ou Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico - Empresarial do plano contratado, estão excluídas da cobertura deste contrato:

- a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo seguro contratado, conforme cláusula COBERTURAS DO CONTRATO e eventos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento para a segmentação Odontológica;
- b) Despesas que forem despendidas pelo segurado anteriormente ao início da vigência do seguro ou durante os prazos de carência;
- c) Despesas hospitalares com internação clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- d) Despesas com atendimento domiciliar;
- e) Repetição de qualquer serviço, salvo nos casos em que seja devidamente comprovada a necessidade;
- f) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Odontológico) vigente à época do evento;
- g) Procedimentos com finalidade exclusivamente estética;
- h) Tratamento com metais preciosos;
- i) Implantes, próteses sobre implantes e transplantes de qualquer natureza;
- j) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- k) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- l) Remoções do segurado;
- m) Tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;

- n) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- o) Fornecimento de medicamentos para tratamento, domiciliar;
- p) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- q) Procedimentos enquadrados na especialidade de Prótese Dental que não estejam relacionados nos itens de coberturas do seguro contratado;
- r) Quaisquer tratamentos realizados sem a prévia autorização da Seguradora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- s) Honorários e materiais para realização de procedimentos não listados no Rol de Procedimentos e eventos Odontológicos, mesmos quando realizados por cirurgião-dentista, vigente à época do evento;
- t) Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;
- u) Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de urgência, exames, terapias e consultas odontológicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Odontologia - CRO;
- v) Aparelhos ortopédicos e ortodônticos estéticos, linguais e autoligáveis.

15. REEMBOLSO E LIMITES DE REEMBOLSO

15.1. O seguro contratado garante o reembolso das despesas odontológicas de eventos cobertos, na modalidade de livre escolha, nos termos deste contrato de seguro, conforme abaixo:

15.2. Somente serão reembolsados os procedimentos comprovadamente realizados e pagos.

15.3. Fica assegurado que o valor do reembolso das despesas não será inferior ao valor praticado pela **Seguradora** junto a rede referenciada do respectivo plano de seguro.

15.3.1. Para fins de cálculo de reembolso das despesas cobertas, realizadas nos atendimentos de livre escolha, serão multiplicados os quantitativos previstos na TPSO pelo valor da UPO vigente na data do atendimento e aplicados os múltiplos estabelecidos no contrato, de acordo com o Anexo - Características Específicas do Seguro Odontológico - Empresarial, do plano contratado.

15.4. Somente serão efetuados reembolsos na forma deste contrato de seguro mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Relatório do cirurgião-dentista com a descrição do tratamento realizado, especificando data, dente, face e valor unitário de cada procedimento;**
- b) **Recibos de honorários ou nota fiscal, descrevendo os eventos a que se referem, bem como CRO e CPF do profissional que realizou o procedimento;**
- c) **Radiografias inicial e final;**
- d) **Quaisquer outros exames realizados pelo segurado ou documentos que esclareçam o tratamento executado;**
- e) **Formulário de Confirmação de Atendimento devidamente preenchido, quando solicitado pela seguradora.**

15.5. A **Seguradora** somente se responsabilizará pelo reembolso das despesas comprovadas por meio da apresentação dos documentos originais podendo a **seguradora**, a seu critério, aceitar o envio dos documentos por meios digitais.

15.5.1. O prazo máximo para a apresentação dos documentos para a solicitação de reembolso será de 1 (um) ano a partir da data de realização do evento.

15.5.2. Os créditos dos reembolsos serão efetuados na conta corrente bancária em nome do segurado titular ou de seu responsável legal, tendo por limite o múltiplo de reembolso contratado, no prazo de até 30 (trinta) dias a partir da entrega de todos os documentos obrigatórios descritos nestas Condições Gerais.

15.5.3. Fica assegurado a **Seguradora** o direito de solicitar documentos complementares para a avaliação do pedido de reembolso, o que acarretará a suspensão do prazo de pagamento estabelecido.

15.5.4. Não serão reembolsados os valores correspondentes a impostos recolhidos pelo prestador de serviço e consultas de retorno.

16. CARÊNCIAS

16.1. Respeitadas as coberturas previstas em cada plano de seguro, para os contratos firmados com número de participantes inferior a 30 (trinta) segurados e, desde que o segurado formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica Estipulante, será exigido o cumprimento dos prazos de carência descritos no Anexo: Características Específicas do Seguro Odontológico Empresarial, contados a partir da data de aceitação do segurado.

16.2. Respeitadas as coberturas previstas em cada plano de seguro, para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) segurados, enquanto mantida essa quantidade mínima e, desde que o segurado formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica Estipulante, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, descritos no Anexo: Características Específicas do Seguro Odontológico Empresarial.

16.2.1. Para as inclusões de segurados fora do prazo previsto neste contrato serão considerados os prazos de carência descritos no Anexo Características Específicas do Seguro Odontológico Empresarial, contados a partir da data de aceitação do segurado.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

17.1.1. A **Seguradora** é responsável pelo fornecimento do número de identificação do segurado para possibilitar a utilização dos serviços garantidos nestas Condições Gerais.

17.1.2. A **Seguradora** está desobrigada de prestar qualquer atendimento na hipótese de o segurado não apresentar o número de Identificação juntamente de um documento de identificação oficial.

17.1.3. A **Estipulante** será responsável por quaisquer ônus decorrentes da utilização após a extinção do seguro.

17.1.4. O número de identificação será informado por ocasião da contratação do seguro, e poderá ser consultado pelo segurado nos canais de auto serviço disponibilizados pela **Seguradora**.

17.2. REDE REFERENCIADA

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

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

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

17.2.4. Será disponibilizada ao segurado a relação contendo os dados dos prestadores referenciados pela **Seguradora**, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os segurados com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, e demais procedimentos em relação aos demais segurados.

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

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

17.2.7. Os serviços garantidos pelo seguro serão realizados na rede referenciada contratada, sendo que as coberturas garantidas corresponderão sempre aos procedimentos previamente contratados entre a **Seguradora** e o prestador de

serviços odontológicos, preservado o direito do segurado de solicitar reembolso, de acordo com a Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO.

17.2.8. Fica assegurada a cobertura dos eventos previstos no contrato, mesmo quando solicitados por cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada da **Seguradora**.

17.2.9. A Estipulante é responsável pela comunicação de eventuais descredenciamentos da rede referenciada aos segurados inscritos no plano de saúde.

17.3. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

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

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

a) consultas de emergência e/ou urgência;

O procedimento para autorização dar-se-á por meio de solicitação via web pelo Prestador referenciado ou qualquer outro meio disponibilizado pela **Seguradora**.

17.3.3. A **Seguradora** poderá utilizar-se de um dentista avaliador, em consenso com o segurado, para esclarecimentos adicionais a respeito do tratamento solicitado pelo cirurgião-dentista assistente.

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

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

17.4. COPARTICIPAÇÃO

17.4.1. A **Estipulante** poderá optar pela coparticipação financeira, o que consiste no pagamento pela **Estipulante** de uma parte dos custos referentes aos procedimentos cobertos, quando realizados pelos segurados.

17.4.2. Para fins de cobrança da coparticipação, os valores ou percentuais definidos pelo **Estipulante** deverão estar indicados no orçamento.

17.4.3. Os valores ou percentuais referentes a coparticipação serão calculados de acordo com a UPO vigente na data de contratação do seguro odontológico e serão reajustados com base na Variação dos Custos dos serviços Odontológicos – VCO, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos.

17.4.4. A cobrança de coparticipação será efetuada na fatura mensal subsequente à data do pagamento do evento, acompanhada de demonstrativo de custos individuais.

17.5. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA

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

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

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

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

pertencente à rede referenciada.

17.6. COMPROVAÇÃO DE REGULARIDADE DA ESTIPULANTE

17.6.1. No momento da contratação, a Estipulante deverá apresentar a documentação a seguir:

- a) Para Sociedade Comercial: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial;
- b) Para Sociedade Civil: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório;
- c) Para a Sociedade Anônima: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial e Atas de Assembleias.
- d) Para Empresário Individual (ME, EPP): Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Cadastro na Junta Comercial ou outros documentos que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.

17.6.2. Para as constituições societárias mencionadas na alínea "d", a **Seguradora** reserva-se o direito de solicitar à **Estipulante**, no mês do aniversário do contrato, documentos que confirmem a manutenção da inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto à Receita Federal.

17.6.3. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou qualquer outra que venha a substituí-la, o Empresário Individual deverá comprovar ter no mínimo 6 (seis) meses de inscrição cadastral nos órgãos competentes;

17.6.4. No momento da contratação e, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a **Estipulante**, na qualidade de Empresário Individual, deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários vinculados, dispostos no art. 5º e 15ª da Resolução Normativa nº 557, de 2022, quando for o caso.

17.7. A **Seguradora** é concedida o prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de protocolo da proposta de adesão ou da solicitação expressa de inclusão de segurados dependentes, para proceder à inclusão solicitada.

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

18. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO SEGURADO

18.1. Podem ser incluídos como segurados titulares desse seguro a população do grupo de segurados que comprove vínculo empregatício, estatutário ou contratual em relação a **Estipulante**, bem como seus sócios e administradores devidamente constituídos.

18.1.1. A comprovação de elegibilidade do segurado titular se dará por meio dos documentos abaixo:

18.1.1.1. Para inclusão inicial dos funcionários com vínculo empregatício:

a) Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;

18.1.1.2. Para inclusão dos funcionários com vínculo empregatício após a implantação do seguro:

- a) Registro de Empregado em papel timbrado; (Ficha de Registro); ou
- b) Cópia da Carteira Profissional;
- c) Para sócios e administradores: documento societário comprobatório do vínculo com a **Estipulante**.

18.1.1.3. Para estatutário: nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação a **Estipulante**.

18.1.1.4. Para inclusão de Estagiário: Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa.

18.1.1.5. Para inclusão de Jovem Aprendiz: Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa.

18.2. O seguro Odontológico extensivo aos segurados dependentes será sempre igual ao do segurado titular, não cabendo qualquer possibilidade de distinção de seguro dentro do mesmo grupo familiar.

18.3. A inclusão de segurados titulares elegíveis no seguro ocorrerá por meio de solicitação da **Estipulante**, acompanhada da respectiva comprovação de vínculo.

18.4. A **Estipulante** poderá incluir no seguro odontológico qualquer novo segurado elegível nos termos desta cláusula, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do fato gerador da vinculação que comprove a elegibilidade da nova inclusão.

18.4.1. A **Estipulante**, no ato do pedido de inclusão do segurado dependente, deverá apresentar à **Seguradora** os documentos e informações abaixo, conforme o caso:

- a) Cônjuge - Cópia do RG e CPF, cópia da Certidão de Casamento;
- b) Companheiro(a) - Declaração Pública de União Estável emitida em cartório, cópia do RG e CPF do(a) mesmo(a);
- c) Menor sob Tutela - Cópia autenticada do Termo de Guarda e cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a);
- d) Filho(a) até 30 (trinta) anos - Cópia da Certidão de Nascimento ou RG e CPF;
- e) Filho(a) inválido de qualquer idade - Cópia da Certidão de Invalidez do INSS e CPF;
- f) Filho(a) adotivo - Cópia da Certidão de Guarda Definitiva ou Provisória.
- g) Demais dependentes - Documento que comprove o vínculo familiar, desde que previamente negociado entre as partes contratantes, nos termos dessas Condições Gerais.
- h) Para todos os proponentes – Endereço completo, (logradouro, complemento, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone com código DDD, Cartão Nacional de Saúde e atividade principal desenvolvida.
- i) No caso de estrangeiros o RG poderá ser substituído pelo passaporte ou Carteira Civil.

18.4.2. A **Seguradora** poderá solicitar e a **Estipulante** se compromete a fornecer, a qualquer tempo, a documentação necessária para confirmação do vínculo do segurado com a **Estipulante** e do segurado com seu(s) dependente(s), sendo responsável pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais dos segurados exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

18.4.3. À **Seguradora** é concedido o prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de recebimento da proposta de adesão ou da solicitação expressa de inclusão de segurados dependentes para proceder à inclusão.

18.4.4. Podem ser incluídos no seguro Odontológico, como segurados titulares, os ex-empregados, aposentados e demitidos ou exonerados sem justa causa da **Estipulante**.

18.5. Ficam asseguradas:

- a) A inclusão do (a) filho (a) do segurado titular, menor de 12 (doze) anos de idade, adotivo (a) ou cuja a paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo segurado titular (adotante ou que tenha reconhecido a paternidade);

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

18.6.1. Na hipótese prevista no item **18.6**, fica assegurada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido, exonerado, sem justa causa, ou aposentado no período de manutenção da condição de segurado dependente.

18.6.1.1. A manutenção dos segurados dependentes prevista nesta cláusula dependerá da participação do segurado titular no plano de assistência odontológica.

18.7. Alteração do seguro

18.7.1. A solicitação de alteração de seguro de forma a aumentar os benefícios contratados poderá ser realizada a qualquer tempo e ficará condicionada a análise prévia da **Seguradora**, sendo passível a imputação de carência para utilização de novos benefícios.

18.7.2. A solicitação de alteração de seguro de forma a reduzir os benefícios contratados poderá ocorrer a qualquer tempo desde que, já tenha transcorrido 12 (doze) meses da última movimentação cadastral, no grupo familiar que terá o plano alterado.

18.7.3. Fica ajustado que, em sendo admitida a alteração do seguro contratado, essa incluirá todos os segurados do grupo familiar.

18.7.4. A alteração do seguro é realizada em caráter irrevogável e irretratável.

19. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO E MANUTENÇÃO

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

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

NÚMERO DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURÁVEL EM VIDAS		ÍNDICE MÍNIMO DE MANUTENÇÃO
DE	ATÉ	MANUTENÇÃO O
03	09	100%
10	200	90%
201	300	80%
301	500	75%
501	1000	70%
1001	5000	65%
5001	EM DIANTE	60%

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

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

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

20. VIGÊNCIA DO SEGURO

20.1. O período de vigência mínima deste contrato será aquele definido e devidamente formalizado, no momento da contratação do seguro, e seu início se dará a partir da data informada no documento Cadastro da **Estipulante**.

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

21. FORMAÇÃO DE PREÇO E PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL

21.1. Formação de preço

21.1.1. O valor do prêmio a ser pago pelo seguro contratado é pré-estabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

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

21.1.3. Prêmio é a quantia paga em moeda corrente nacional, mensal e antecipadamente, pela **Estipulante** à **Seguradora**, para resguardar o direito às coberturas previstas para o plano de seguro contratado.

21.1.4. O prêmio mensal estipulado na data de início da vigência do seguro para cada segurado titular e segurado dependente será aquele estabelecido no orçamento.

21.1.5. O valor do prêmio mensal adotado para este seguro é custo médio, caracterizado nos termos do artigo 16, parágrafo 2º da Resolução Normativa n. 488/2022 e suas atualizações, como seguro subsidiado pela **Estipulante** ou com a participação dos empregados ativos no seu financiamento.

21.1.6. O valor do prêmio mensal para todos os segurados integrantes do contrato, incluindo demitidos e aposentados, não tem variação por faixa etária.

21.1.7. O prazo para pagamento da 1a. (primeira) parcela, após a emissão do contrato, será de 10 (dez) dias corridos e os demais pagamentos respeitarão o dia do vencimento do contrato.

21.2. PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL

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

21.2.2. A **Estipulante** deverá comunicar à **Seguradora**, sempre que não acusar a disponibilização da fatura no Portal do Cliente em até 5 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento definido no ato da contratação.

21.2.3. Nenhum pagamento de prêmio será reconhecido pela **Seguradora** se o **Estipulante** não possuir comprovante do pagamento devidamente validado por estabelecimento bancário.

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

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

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

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

21.2.8. O prêmio referente às inclusões, quando aceitas pela **Seguradora**, não será cobrado pró-rata dia, exceto nos casos que forem negociados previamente.

21.2.9. Na hipótese em que a **Seguradora** não acusar o recebimento do pagamento do prêmio mensal, a mesma poderá utilizar-se de quaisquer meios de notificação, previstos no item “Dos Meios de Notificação” destas Condições Gerais para comunicar sobre a inadimplência à parte que deixou de recolher o prêmio

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

22. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL

22.1. O prêmio mensal será reajustado a cada 12 (doze) meses, conforme legislação vigente, de forma cumulativa, sendo composto pelo índice de Reajuste por Variação dos Custos dos serviços Odontológicos – VCO e da variação da sinistralidade acumulada, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de reajuste} = (1 + \text{Reajuste por VCO}) \times (1 + \text{Reajuste por sinistralidade}) - 1$$

22.2. Reajuste por Variação dos Custos dos serviços Odontológicos - VCO

22.2.1. Independentemente do número de segurados no ato da contratação, o prêmio mensal será reajustado anualmente, com base na variação dos custos dos serviços odontológicos (VCO), de administração, de comercialização, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e outras despesas incidentes na operação do seguro.

22.3. Reajuste por variação da sinistralidade - Contratos com até 99 (noventa e nove) segurados.

22.3.1. O prêmio mensal do Seguro será reajustado anualmente, no mês de aniversário do contrato quando a variação da sinistralidade acumulada, de todos os Contratos de Seguro Odontológico com até 99 (noventa e nove) segurados, for superior a 60% (sessenta por cento). Atendida esta condição, haverá enquadramento do contrato para fins de reajuste, conforme sua faixa de sinistralidade, observando o seu desempenho isolado no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de aniversário do contrato, de acordo com a tabela a seguir:

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

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

$$\text{ÍNDICE DE REAJUSTE DA FAIXA} = \left(\frac{\text{Sinistros ocorridos} - \text{Coparticipação}}{\text{Prêmio recebidos} - \text{IOF}} \right) \times 0,60$$

Sinistros ocorridos = somatório das despesas odontológicas garantidas pelo Seguro;

Coparticipação = somatório das coparticipações, quando previstas para o plano contratado;

Prêmios Recebidos = somatório dos prêmios recebidos.

22.3.2. Para fins de apuração, serão considerados os sinistros, prêmios e coparticipações ocorridos no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação;

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

$$\text{Prêmio reajustado} = \text{Prêmio atual} \times \text{Índice de Reajuste da Faixa}$$

22.3.4. As apólices de seguro com até 60% (sessenta por cento) de sinistralidade não terão os prêmios reajustados por variação de sinistralidade.

22.3.5. A **Seguradora** comunicará a ANS todos os reajustes aplicados no contrato, observando o prazo legal.

22.4. Reajuste por variação da sinistralidade - Contratos a partir de 100 (cem) segurados.

22.4.1. O prêmio mensal do contrato será reajustado, anualmente, no mês de aniversário do contrato quando a variação da sinistralidade acumulada do contrato, for superior a 60% (sessenta por cento).

O índice de reajuste, será calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \text{Prêmio Atual} \times \left(\frac{\text{Sinistros ocorridos} - \text{Coparticipação}}{\text{Prêmio recebidos} - \text{IOF}} \right) \times 0,60$$

Sendo que:

$$\left(\frac{\text{Sinistros ocorridos} - \text{Coparticipação}}{\text{Prêmio recebidos} - \text{IOF}} \right) = \text{SINISTRALIDADE}$$

Sinistros Ocorridos = somatório das despesas odontológicas garantidas pelo seguro;

Coparticipação = somatório das coparticipações da empresa;

Prêmios Recebidos = somatório dos prêmios recebidos da empresa.

22.4.2. Para fins de apuração, serão considerados os sinistros, prêmios e coparticipações ocorridos no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação, exceto no primeiro ano de vigência do contrato, onde será analisada a variação da sinistralidade apurada do 3º (terceiro) ao 12º (décimo segundo) mês.

22.5. ALTERAÇÃO SENSÍVEL NA CONSTITUIÇÃO DO GRUPO SEGURADO

Além dos reajustes por Variação dos custos dos serviços Odontológicos – VCO e por Sinistralidade, quando for verificada a ocorrência de alteração sensível no grupo segurado e se resultar em uma diferença percentual superior a 5% (cinco por cento), será reajustado o prêmio de acordo com o prêmio médio comercializado. A identificação da diferença percentual ocorrerá seguindo a fórmula abaixo:

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

PMC = Prêmio Médio Comercializado na data de avaliação.

PMV = Prêmio Médio Vigente na data de avaliação.

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

22.5.1. A Seguradora comunicará a ANS todos os reajustes aplicados na empresa observando o prazo legal.

23. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA

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

23.2. Ocorrendo a suspensão das coberturas, os prêmios devidos podem ser pagos até o 30º (trigésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, hipótese em que a cobertura será reativada para os eventos ocorridos após a compensação bancária, que ocorrerá em até 3 (três) dias úteis a contar do pagamento do prêmio.

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

23.4. Decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o contrato estará automaticamente cancelado.

23.5. Na hipótese da Estipulante, na qualidade de Empresário Individual, não apresentar os documentos que comprovem a sua inscrição nos órgãos competentes, listados no item - Comprovação de Regularidade da Estipulante das Condições Gerais, a Seguradora poderá rescindir unilateralmente o contrato.

24. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

- a) caso o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, conforme estabelecido no artigo 766 do Código Civil;
- b) por fraude;
- c) por falta de pagamento do prêmio mensal e por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- d) por falta de pagamento do prêmio mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que existam 02 (duas) mensalidades em aberto, para a hipótese do contrato ter sido firmado por Empresário Individual ou quando se tratar de Demitidos ou Aposentados;
- e) quando o número de vidas que compõe o Grupo Segurado for inferior aos percentuais de manutenção estabelecidos nestas Condições Gerais ou quando a composição do grupo segurado ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações, que tornem inviáveis a sua manutenção pela Seguradora e que não haja acordo para reajuste dos prêmios;
- f) imotivadamente, por iniciativa da Seguradora ou da Estipulante com 60 (sessenta) dias de aviso prévio. Neste caso não serão admitidas movimentações no seguro, no período de aviso prévio;
- g) Por iniciativa da Seguradora, com 60 (sessenta) dias de aviso prévio, quando constatada a ilegitimidade da empresa Estipulante, na qualidade de Empresário Individual, pelo fato de não comprovar, quando do aniversário do contrato e dentro desse período de aviso prévio, a manutenção da sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição;
- h) Quando constatada a distribuição da ação ou a decretação de falência ou de liquidação judicial/extrajudicial em face do Estipulante, bem como a constatação do encerramento das atividades da empresa.

24.2. Na hipótese de cancelamento imotivado do contrato por iniciativa da Estipulante ou da Seguradora, antes de decorrido o prazo mínimo de vigência definido na contratação do seguro, a parte que originou o cancelamento ficará responsável pelo pagamento de multa rescisória no montante de 50% (cinquenta por cento) da soma das mensalidades vincendas para o término do prazo mínimo de vigência. Neste caso, reconhecerá o referido montante como dívida líquida, certa, definitiva e irretratável, permanecendo como responsável por seu pagamento à parte contrária, mesmo após o encerramento do contrato, podendo este instrumento ser utilizado para propositura de ação de execução.

24.2.1 A multa será calculada sobre o valor da última mensalidade emitida, multiplicado pelos meses que faltarem para o término da vigência mínima e deverá ser paga até a data constante na fatura.

24.3. A penalidade prevista nesta cláusula também será devida em caso de rescisão contratual por inadimplência, de contrato com vigência inferior a definida na contratação do seguro.

24.4. Fica estabelecido que uma vez denunciado o contrato, não serão efetuadas movimentações cadastrais de exclusões sem justo motivo, assim entendidas todas as exclusões que não configurem perda do vínculo do segurado ou por solicitação do próprio Segurado titular, nos termos da legislação vigente.

25. EXCLUSÃO DE SEGURADO

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

25.1.1. EXCLUSÃO DO SEGURADO TITULAR:

- a) Quando a Estipulante solicitar por meio de formulário próprio a sua exclusão;
- b) Não ocorrendo o pagamento dos prêmios mensais por parte do segurado, decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a Estipulante poderá solicitar a exclusão do seguro titular;
- c) Por solicitação do próprio Segurado titular, nos termos da legislação vigente;
- d) Pelo término do vínculo com a Estipulante, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e

aposentados em planos contributários, nos termos da lei, cabendo a Estipulante comunicar aos segurados as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei n. 9656 de 1998.

- e) Pelo cancelamento do presente Contrato.
- f) Por fraude praticada pelo segurado titular, ou inobservância das obrigações estabelecidas por lei ou nestas Condições Gerais.

25.1.2. EXCLUSÃO DE SEGURADO DEPENDENTE

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

25.1.3. A Seguradora só poderá excluir ou suspender a assistência odontológica, dos segurados, sem a anuência da Estipulante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, conforme previsto neste Contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

25.2. Na hipótese de solicitação de cancelamento do seguro do titular ou dependente pela Estipulante ou pelo próprio segurado, antes de decorrido o prazo mínimo de vigência definido na contratação do seguro, contados do início de vigência individual do segurado, excetuada a hipótese prevista na alínea “b” do item 25.1.3, a Estipulante será responsável pelo pagamento do valor total das parcelas vincendas até completar o prazo mínimo de vigência, correspondente a cada segurado cancelado.

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

26. DOS MEIOS DE NOTIFICAÇÃO

26.1. Para fins de comunicação à Estipulante ou aos segurados, a Seguradora poderá utilizar-se de quaisquer meios de notificação, abaixo definidos: e-mail com certificado digital ou com confirmação de leitura; mensagem de texto via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta; ligação telefônica gravada; carta com aviso de recebimento dos correios ou preposto da operadora.

27. DEDITOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIOS

27.1. Ao segurado titular que contribuir para o seguro odontológico, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão, exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, é assegurado o direito de manter sua condição de segurado e dos segurados dependentes a ele vinculados, no mesmo contrato de seguro e nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9656/1998, observada a Resolução Normativa n. 488/2022 e suas posteriores alterações.

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

27.3. Não serão considerados como contribuição os valores relacionados aos dependentes, quando houver, e a coparticipação do segurado paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência.

27.4. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar da **Estipulante**, no momento de seu desligamento, será garantido o direito de manutenção na condição de segurado inativo aposentado,

observado o disposto no artigo 31 da Lei n. 9656/1998, bem como a Resolução Normativa n. 488/2022 e suas posteriores alterações.

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

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

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

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

27.8. Em caso de morte do titular, é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano de assistência odontológica, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, observada a Resolução Normativa n. 488/2022 e suas posteriores alterações.

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

28. DAS OBRIGAÇÕES NOS CONTRATOS DE PLANOS CONTRIBUTÁRIOS

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

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

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

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

28.1.3. A **Seguradora** somente providenciará a exclusão do segurado no seguro odontológico, após a confirmação das informações previstas nesta cláusula.

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

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

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

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

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

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

28.1.9. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao seguro odontológico o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão em outras Seguradoras, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, observada a Resolução Normativa nº 488/2022 e suas posteriores alterações.

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

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

- a) pelo decurso dos prazos previstos nestas Condições Gerais;
- b) por fraude;
- c) pela admissão do segurado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em outro plano de assistência Odontológica coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.
- d) pelo cancelamento do seguro odontológico de seus empregados ativos e ex-empregados;
- e) caso não ocorra o pagamento do prêmio mensal, decorridos 60 (sessenta) dias da data de vencimento, consecutivos ou não, desde que existam 02 (duas) mensalidades em aberto, o benefício estará automaticamente cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.

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

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

29.1.1. OBJETO

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

29.1.2. BENEFICIÁRIOS

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

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

c) filhos inválidos de qualquer idade.

29.1.3. COBERTURAS E LIMITES

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

29.1.4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

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

29.1.5. PRAZO PARA CONCESSÃO DA REMISSÃO

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

29.1.6. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INÍCIO DA VIGÊNCIA DA REMISSÃO

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

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

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

29.1.7. VIGÊNCIA

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

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

Esta cobertura cessará automaticamente nas seguintes situações:

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

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

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

30. DISPOSIÇÕES FINAIS

30.1. São partes integrantes do contrato, para os devidos fins, as Condições Gerais, o Anexo - Características Específicas do Seguro Odontológico - Empresarial referente ao Plano contratado, o Orçamento, a Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO, o Aditamento Contratual (se houver), o Guia de Leitura Contratual e o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

30.12. A **Estipulante** e os segurados ativos e inativos inscritos no contrato, se comprometem a manter atualizadas as informações cadastrais, para fins de comunicação da **Seguradora**, quando necessário.

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

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

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

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

30.17 A cobertura dos segurados dependentes cessará concomitantemente com a do segurado titular quando se verificar

qualquer das hipóteses previstas nos itens anteriores ou quando perderem a condição de dependência caracterizada nessas condições gerais.

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

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

30.19.1. O descumprimento desta cláusula sujeitará a **Estipulante**, ao pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridas pela Porto Seguro - Seguro Saúde S/A.

30.20. Para as contratações de Seguro Odontológico de contratos com até 99 (noventa e nove) segurados, não será exigida a apresentação dos documentos originais necessários para avaliação da **Seguradora** e consequente implantação do contrato, podendo estes serem entregues de forma digitalizada (PDF), por meio eletrônico.

30.21. O **Estipulante** manterá em seu poder e fornecerá à **Seguradora** quando solicitado, independentemente do motivo, no prazo de 03 (três) dias úteis, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, seja via web, seja por entrega de dados diretamente na **Seguradora**, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, bem como os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, em conformidade com o dispositivo nas Condições Gerais, sob pena de bloqueio do acesso da cobertura ao grupo segurado e do ressarcimento à **Seguradora** dos valores referentes a eventuais multas pecuniárias decorrentes de autuação por parte da ANS em virtude da ausência destes dados, ainda que o contrato esteja cancelado.

30.22. As partes têm justo e contratado na melhor forma de direito, que na hipótese de alteração dos normativos vigentes, este seguro será automaticamente adequado.

30.23. As cláusulas destas Condições Gerais poderão ser revistas e alteradas por mútuo acordo entre as partes, mediante a assinatura do instrumento de aditamento.

31.FORO

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

TERMO DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

Em razão da preocupação da Porto Seguro com os seus clientes e parceiros, é preciso ressaltar que as melhores práticas de mercado são adotadas em cumprimento aos Termos e Condições de Tratamento de Dados Pessoais expostos na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Desta forma, a Porto Seguro traz de maneira clara e precisa em sua Política de Privacidade, o modo de tratamento de dados pessoais, bem como a forma de coleta dos dados, enquadramento legal, formato de compartilhamento de dados e informações de contato do DPO, disponível em www.portoseguro.com.br/politica-de-privacidade.

Por isso, as partes deste instrumento declaram ciência às cláusulas expostas a seguir:



As Partes se obrigam a garantir o cumprimento integral à Lei Geral de Proteção de Dados e adotar políticas de boas práticas de governança, que assegurem a segurança nos procedimentos de tratamentos de dados pessoais, para garantir a integridade, confidencialidade e disponibilidade, de acordo com as regras da organização, incluindo as obrigações de ações educativas aos agentes de tratamento, bem como mecanismos internos de supervisão e mitigação de riscos.



Em suas operações e negócios, cada parte será responsável pelas medidas a serem adotadas em casos de incidentes de segurança que afetem dados pessoais e que possuam relação direta com este contrato, nos termos da legislação, devendo ocorrer cooperação mútua em casos de incidentes que possam acarretar risco ou dano relevante aos titulares.



Em caso de conhecimento ou suspeita de qualquer incidente de segurança que possa comprometer a integridade, confidencialidade e/ou disponibilidade de qualquer dado pessoal vinculado à esta relação contratual, a Parte responsável deverá tratar de acordo com os requisitos exigidos pela Legislação atual.



Cada parte se obriga a tratar os dados pessoais dentro das especificidades acordadas, incluindo o dever de comunicar os titulares sobre os termos previstos em Política de Privacidade, com a garantia dos padrões de segurança e controle restrito aos acessos, manipulação e compartilhamento, para garantir a inviolabilidade aos dados pessoais.



Em casos de penalidades decorrentes ao descumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, as partes acordam em cooperar mutuamente em eventual defesa, indenização ou sanção, no limite de sua responsabilidade.

IMPORTANTE: Nesta relação, cada parte atua como Controlador independente e responsável pelo tratamento dos dados pessoais envolvidos, nos termos do art. 5, inciso VI da LGPD, existindo autonomia para seguir sua política de privacidade interna, desde que em conformidade com a legislação vigente.