

EMPRESARIAL
CONDIÇÕES
GERAIS

Leve
dental 
SOS

levesaude.com.br

LEVE SAÚDE

Leve Dental EMPRESARIAL SOS

1ª Edição - Junho.2024

ANS - nº 42233-9

Sumário

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	3
2. TIPO DE CONTRATAÇÃO	3
3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS	3
4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	3
5. ÁREA DE ATUAÇÃO	3
6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	4
7. FORMAÇÃO DE PREÇO.....	4
8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	4
9. MUDANÇA DE PLANO.....	5
10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	6
11. EXCLUSÕES DE COBERTURA	6
12. DURAÇÃO DO CONTRATO	7
13. PRAZOS DE CARÊNCIA	8
14. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	8
15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	9
16. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	11
17. REAJUSTE	13
18. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS	14
19. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	17
20. RESCISÃO	18
21. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	19
22. GLOSSÁRIO	20
23. ELEIÇÃO DE FORO	21

CONTRATO DE COBERTURA ODONTOLÓGICA COLETIVO EMPRESARIAL

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, como Contratado, o Leve Saúde Operadora de Planos de Saúde S.A., também conhecido como Leve Saúde, operadora de planos de assistência à saúde, classificada como sociedade de medicina de grupo e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o n. 402339, com sede na Rua Victor Civita, 77, Bloco 1, Sala 402, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22775-044, e inscrita no CNPJ sob o n. 36.503.186/0001-49; e, de outro lado, como Contratante, a pessoa identificada na pro- posta de adesão assinada pelas partes e que integra este instrumento contratual e em que constam nome, CPF, endereço e telefone, tem justa e acordada a prestação de assistência odontológica, na forma das cláusulas e condições a seguir:

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato coletivo de cobertura odontológica tem característica bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes. É um contrato de adesão, estabelecido na forma do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor e dos artigos 458 a 461 do Código Civil, aleatório e não comutativo, em que a Contratante assume o pagamento da mensalidade pela mera celebração do contrato.

1.2. O Contratado, na forma do inciso I, do art. 1º da Lei nº 9.656/1998, compromete-se, nos limites do plano odontológico coletivo contratado, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos, editado pela ANS, vigente na época do evento, observada a abrangência geográfica.

1.3. Este contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação setorial vigente, bem como, subsidiariamente, ao Código de Defesa do Consumidor e ao Código Civil.

2. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Produto Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde Suplementar

3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS

Leve Dental EMPRESARIAL SOS - nº de registro: 499.080/24-3

4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O presente contrato compreende a segmentação odontológica.

5. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de comercialização deste contrato é somente aquela onde o Contratado garante atendimento aos Beneficiários, ou seja, o grupo de municípios da área de abrangência do produto odontológico.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

6.1 A abrangência geográfica do plano odontológico contrato é a de grupo de municípios, o que garante atendimento aos Beneficiários nos municípios a seguir:

Municípios do Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, São Gonçalo e São João de Meriti.

7. FORMAÇÃO DE PREÇO

7.1. A formação do preço do presente contrato é preestabelecida, isto é, a contraprestação pecuniária é calculada, pelo Contratado, antes da utilização das coberturas contratadas e com fundamento nas declarações prestadas pela Contratante constantes no Contrato e Proposta Comercial Odontológica.

8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1 São considerados beneficiários deste contrato o Beneficiário Titular e seus Dependentes, indicados na proposta de adesão, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular.

8.1.1 O Beneficiário Titular é o contratante do plano.

8.1.2 Os Beneficiários Dependentes são:

a) cônjuge ou companheiro(a), este desde que comprovada a união estável mediante documentação;

b) filhos naturais ou adotivos, os reconhecidos judicialmente ou extrajudicial da paternidade pelo Beneficiário, enteados, sob tutela ou sob guarda, provisória ou permanente, todos menores de 23 (vinte e três) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

8.2. A solicitação de inclusão como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada para o cônjuge e/ou companheiro de Certidão de Casamento e ou comprovante de união estável e para os filho(s) natural(is), adotivo(s), os reconhecidos judicialmente ou extrajudicialmente, e os tutelados ou sob guarda, da Certidão de Nascimento e da cópia autenticada do reconhecimento judicial ou extrajudicial ou Termo de Adoção ou Termo de Tutela ou Termo de Guarda, conforme o caso. A solicitação de inclusão de enteado como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de Certidão de Nascimento que comprove a filiação de um dos cônjuges ou companheiros

8.3. A solicitação de inclusão de companheiro (a) como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de comprovação da união estável, que se dará por meio de instrumento público ou de declaração de união estável de próprio punho, contendo os números da identidade e do CPF do (a) companheiro (a), endereço, tempo de convívio, números de identidade e assinaturas de duas testemunhas, com firma reconhecida do Beneficiário Titular e do(a) companheiro(a).

8.4. O menor de 18 (dezoito) anos somente será aceito como Beneficiário Titular quando

tiver um responsável maior que assuma o ônus da contratação, não sendo exigido que este esteja incluído no contrato na condição de Dependente.

8.5. O Beneficiário passará à condição de Contratante tão logo se verifique, por parte do Contratado, o pagamento da primeira mensalidade.

8.5.1 O Contratado poderá exigir cópias de documentos que comprovem as informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de residência) e condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

8.5.3.1 A falta de entrega de qualquer documento solicitado pelo Contratado dará a esta o direito de suspender o processo de inclusão no plano.

8.6. A O Beneficiário Titular será solidariamente responsável pelos atos praticados pelos seus dependentes incluídos neste contrato.

8.7. A Os Dependentes deverão ser cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular.

8.8. Poderão ser incluídos Beneficiários Dependentes posteriormente à celebração deste contrato, desde que solicitado pelo Beneficiário Titular, observados os critérios de elegibilidade e o cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

8.8.1 Filho(s) menor (es) de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inclusão ocorra em até 30 dias do reconhecimento, serão incluídos aproveitando as carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular e isentos de Cobertura Parcial Temporária.

8.8.2 Menor(es) de 12 (doze) anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da adoção, guarda ou tutela, serão incluídos aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular e isentos de Cobertura Parcial Temporária.

8.9. A Se as inclusões ocorrerem após o prazo de 30 dias, contados da adoção, guarda, tutela ou reconhecimento de paternidade, conforme o caso, os Dependentes serão incluídos e deverão cumprir as carências previstas neste contrato e poderá ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, com imposição de Cobertura Parcial Temporária.

9. MUDANÇA DE PLANO

9.1. A mudança decorrente de alteração de rede menos abrangente para outra mais abrangente, ou de padrão de acomodação quarto coletivo para quarto particular, além de implicar a rescisão deste contrato e elaboração de um novo, importará em acréscimo na mensalidade, cujo valor será informado ao Beneficiário na ocasião em que for solicitada a alteração e requererá a observância pelos Beneficiários do prazo de 180 (cento e oitenta) dias para utilização dos novos benefícios e 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos para utilização da nova rede contratada.

9.1.1 Durante o prazo estabelecido no item anterior, os Beneficiários continuarão a dispor das mesmas condições e benefícios do plano originário, ou seja, daqueles garantidos antes da alteração do plano.

9.1.2. Os Beneficiários Dependentes sempre acompanharão o plano do Beneficiário Titular.

10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões estabelecidas nestas Condições Gerais, este Contrato assegurará ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes a cobertura das despesas odontológicas relacionadas no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, editado pela ANS, conforme Resolução Normativa DC/ANS nº 59/2003 e suas atualizações, bem como as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

10.2. A cobertura dos procedimentos listados na cláusula 10.1 ocorrerá, única e exclusivamente, na rede credenciada constante no Guia do Usuário, na área de abrangência do plano contratado e nos limites e condições ora pactuados.

Consulta inicial
Curativo em caso de hemorragia bucal
Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose
Imobilização dentária temporária
Recimentação de peça protética
Tratamento de alveolite
Colagem de fragmento
Incisão e drenagem de abscesso extra-oral
Incisão e drenagem de abscesso intra-oral
Reimplante de dente avulsionado
Orientação de higiene bucal
Evidenciação de placa bacteriana
Aplicação tópica de flúor

10.3. De acordo com os padrões técnicos odontológicos aceitos, alguns procedimentos estão sujeitos a prazos mínimos de repetição. Estes procedimentos podem, no entanto, ser autorizados fora dos prazos, desde que haja necessidade imperiosa ou indicação técnica, constatada após auditoria realizada pelo Contratado.

10.4. Estarão cobertos pelo contrato os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas das coberturas deste contrato, conforme disposto na Lei nº 9.656/98, e mesmo que em razão de acidente pessoal, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados. Esta cláusula prevalece sobre as demais.

- Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendi-

mento domiciliar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e materiais odontológicos, quando, por imperativo clínico, for necessária a realização de procedimentos em estrutura hospitalar. Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

- O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.
- Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e a estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.
- Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua assinatura.
- Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo Beneficiário, entre outros: ingestão de bebida alcoólica e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos; atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.
- Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.
- Implantes, próteses sobre implantes e transplantes.
- Ortodontia
- Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na cláusula de urgência e emergência.
- Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, vigente à época do evento.
- Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, na segmentação assistência médica, vigente à época do evento, e suas despesas hospitalares.
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.
- Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.
- Igualmente não haverá nenhuma cobertura para as despesas ou os custos decorrentes da ausência do Beneficiário à consulta por ele marcada.

12. DURAÇÃO DO CONTRATO

12.1. No caso de Grupo Beneficiado de 2 (dois) a 99 (noventa e nove) Beneficiários, o início de vigência do contrato será sempre 15 dias após a assinatura da Proposta Comercial Odontológica, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento ao Contratado ou, alternativamente, em caso de não aceitação, o Contratado providencie a devolução do valor da primeira mensalidade a Contratante.

12.2. No caso de Grupo Beneficiado acima de 100 (cem) Beneficiários ou mais, o início de vigência do Contrato será aquele acordado entre as partes no Contrato, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento ao Contratado ou, alternativamente,

em caso de não aceitação do contrato, o Contratado providencie a devolução do valor da primeira mensalidade à Contratante.

12.3. Após 24 (vinte e quatro) meses de vigência do presente contrato, este será renovado automaticamente e passará a vigorar por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

13. PRAZOS DE CARÊNCIA

Carência é o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência, durante o qual o Beneficiário Titular e/ou Dependente não gozam do direito a determinadas coberturas e procedimentos.

13.1. Prazos máximos de carência

EVENTOS	CARÊNCIA
Consulta inicial	24 h
Curativo em caso de hemorragia bucal	24 h
Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose	24 h
Imobilização dentária temporária	24 h
Recimentação de peça protética	24 h
Tratamento de alveolite	24 h
Colagem de fragmento	24 h
Incisão e drenagem de abscesso extra-oral	24 h
Incisão e drenagem de abscesso intra-oral	24 h
Reimplante de dente avulsionado	24 h
Orientação de higiene bucal	24 h
Evidenciação de placa bacteriana	24 h

14. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1. Ao Beneficiário será assegurado o atendimento de urgência e emergência, conforme procedimentos listados abaixo, dentro da área de abrangência do plano, decorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

Consulta de urgência - aquela caracterizada por sofrimento intenso que justifique atendimento imediato, tais como:

- 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;
- incisão e drenagem de abscesso extra e intraoral; reimplante de dente avulsionado.

14.2. Quando não for possível a utilização da Rede Credenciada, em situações de emergência e/ou urgência, dentro da área de abrangência do plano, o Contratado se responsabiliza, dentro dos limites e condições contratuais, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência odontológica do Beneficiário.

14.3. O Beneficiário para se habilitar ao reembolso das despesas odontológicas por ele diretamente efetuadas, deverá apresentar à Contratado no prazo máximo de 1 (um) ano contado a partir da data do início do evento, os seguintes documentos:

- Comprovação da impossibilidade de utilização da rede própria ou credenciada informada no Guia do Usuário;
- Conta discriminada das despesas, incluindo relação dos serviços executados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas da pessoa jurídica prestadora do atendimento;
- Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários do dentista assistente, de assistentes com seus números de registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no CPF/MF, bem como a discriminação dos serviços realizados; e
- Relatório odontológico que informe o diagnóstico, o tratamento efetuado e a data de realização do procedimento.

14.4. O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em até 30 (trinta) dias após a data da entrega da documentação completa nas agências de atendimento do Contratado, e poderá ser feito mediante:

- Crédito em conta-corrente, com a indicação do banco e do número da conta-corrente do favorecido, que deverá sempre ser o Beneficiário que sofreu o procedimento ou o Beneficiário Titular; ou
- Cheque emitido pelo Contratado e recebido em sua sede.

14.5. O reembolso deverá ser requerido em até, no máximo, 1 (um) ano, a contar do atendimento de urgência/emergência. Após o referido prazo, o Contratado não estará obrigado a reembolsar a despesa com o referido atendimento.

14.6. Não serão reembolsados os eventos os procedimentos sem previsão de cobertura contratual e que não constarem Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações.

14.7. É vedada a transferência a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência odontológica pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependente(s) vivos.

14.8 O valor do reembolso será correspondente ao custo do procedimento pago à rede credenciada, cujos valores constam na Tabela de Honorários ajustada pelo Contratado com seus credenciados, vigente à época do evento.

15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

15.1. Identificação do Beneficiário

15.1.1. O Contratado fornecerá para cada Beneficiário um Cartão de Identificação que, acompanhado de um documento de identidade com foto, o habilitará a utilizar o plano de odontológico.

15.1.2. Em caso de perda do Cartão de Identificação de qualquer Beneficiário, a Contratante deverá solicitar emissão de segunda via, cujo custo lhe será cobrado na fatura de pagamento seguinte ao pedido.

15.1.3. A não comprovação da identificação por ocasião do atendimento impedirá que ele seja realizado, sem que caiba ao Contratado qualquer responsabilidade sobre o fato e suas consequências.

15.1.4. O Contratado se reserva o direito de instituir outros sistemas de identificação ou promover a troca periódica de documentos.

15.1.5. Será considerada fraude a utilização da assistência odontológica mediante o Cartão de Identificação do plano por pessoa que não seja o próprio Beneficiário.

15.1.6. Nos casos de exclusão de Beneficiários e de cancelamento deste contrato, é responsabilidade da Contratante recolher e devolver ao Contratado as respectivas carteiras de identificação, bem como assumir inteiramente a responsabilidade perante o Contratado por sua utilização indevida, desde que comprovada sua culpa.

15.2. Documentação Contratual

15.2.1. São considerados como documentos do plano contratado este Contrato e a Proposta Comercial Odontológica, o Cartão de Identificação de Beneficiário, o Guia do Usuário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, os termos aditivos e eventuais relatórios odontológicos, periciais ou não.

15.2.2. O Beneficiário Titular e seus Dependentes obrigam-se a fornecer ao Contratado todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos e apresentar, quando solicitado:

- Identidade;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Certidão casamento ou outro documento que comprove seu estado civil, certidão de nascimento, termo de adoção, termo de guarda ou tutela, comprovação do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade, laudo de exames realizados, e outros documentos que venham a ser solicitados.

15.3. Prioridades no Atendimento

Pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos serão privilegiadas na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, com prioridade para casos de urgência ou emergência, conforme inciso II do artigo 18 da Lei nº 9.656/98, cabendo ao prestador do atendimento respeitar esse direito.

15.4. Rede de Atendimento

15.4.1. Os serviços odontológicos integrantes deste contrato serão realizados, pela rede credenciada listada no Guia do Usuário do plano contratado.

15.4.2. O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva do Contratado, que o usará sempre com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento para os Beneficiários, em cumprimento do que determina o art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

15.4.3. O Contratado reserva-se o direito de substituir os serviços credenciados, desde que por equivalentes e mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias aos Beneficiários e à ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

15.4.4. Se a substituição os serviços credenciados ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de atendimento do Beneficiário e seu(s) Dependentes, o Contratado arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para os Beneficiários.

15.4.5. O Contratado reserva-se o direito de substituir os serviços credenciados, com o objetivo de melhorar a qualidade de atendimento aos Beneficiários, desde que por outros equivalentes e mediante comunicação aos Beneficiários com 30 dias de antecedência.

15.4.6. As referidas comunicações das alterações e atualizações de os serviços credenciados serão efetuadas através do site do Contratado (www.levesaude.com.br), no link “REDE DE ATENDIMENTO”, item “ATUALIZAÇÕES”.

15.4.7. É direito dos Beneficiários ter acesso aos meios de divulgação da Rede Credenciada através dos seguintes canais de comunicação: Guia do Usuário, Portal da LEVE SAÚDE - endereço eletrônico: www.levesaude.com.br, Teleatendimento e Agências de Atendimento (endereços informados no portal do Contratado).

16. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

16.1. Este contrato trata de plano de assistência à odontológica no sistema de pagamento preestabelecido, em que o cálculo do valor da mensalidade é efetuado pelo Contratado antes da utilização das coberturas contratadas e conforme declarações da Contratante constantes na Proposta Comercial Odontológica.

16.1.6. É permitido a Contratante subsidiar o plano de odontológico dos ex-empregados ou promover a participação dos empregados ativos em seus financiamentos. O valor correspondente deverá ser divulgado pela Contratante aos Beneficiários Titulares.

16.1.7. A participação financeira parcial ou total da Contratante no plano dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e dos aposentados, quando ocorrer, será estabelecida a critério da Contratante, podendo variar conforme o nível de plano, os

proventos do Beneficiário Titular, ou de outra forma. Os critérios deverão ser apresentados obrigatoriamente aos Beneficiários Titulares na contratação do plano e sempre que alterados.

16.2. O pagamento total das mensalidades será de responsabilidade da Contratante, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

16.3. Fica estabelecido entre o Contratado e a Contratante que o vencimento da mensalidade se dará a cada 30(trinta) dias após a data do primeiro pagamento e as mensalidades serão cobradas por meio de fatura.

16.4. Depois de emitida a fatura/ nota fiscal referente à cobrança mensal, os acertos decorrentes de qualquer alteração da quantidade de Beneficiários ou características de planos serão efetuados no faturamento do mês seguintes, sem que isso constitua motivo para atraso no pagamento.

16.5. A mensalidade será cobrada de forma integral, independente do dia em que o Beneficiário for incluído ou excluído.

16.6. Constatado o atraso na entrega do boleto de pagamento, não recebido até 48 (quarenta e oito) horas antes do respectivo vencimento, competirá à Contratante contatar o Contratado e solicitar o encaminhamento de segunda via do documento, para pagamento dentro do prazo.

16.7. O não recebimento do boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga a Contratante de efetuar seu pagamento no prazo de vencimento mensal, sob pena de arcar com os encargos previstos no contrato.

16.8. O pagamento antecipado das mensalidades não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carências e cobertura parcial temporária faixadas no contrato.

16.9. As mensalidades deste contrato poderão ser pagas por débito em conta corrente, desde que o Contratado tenha convênio com o banco da Contratante;

16.10. O Beneficiário fica ciente de que o Contratado não possui cobradores domiciliares. Todos os pagamentos, à exceção do primeiro, serão sempre efetuados na rede bancária ou na sede do Contratado. Corretores e vendedores não estão autorizados a ajustar com os Beneficiários qualquer modificação nas condições deste contrato ou a receber valores que não sejam os relativos ao trabalho de intermediação da venda. Em caso de dúvida, contate imediatamente o setor de atendimento do Contratado, pelo Teleatendimento.

16.11. A falta de pagamento da mensalidade na data aprazada implicará para a Contratante a aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou fração e multa de 2% (dois por cento), sobre o valor do débito. O atraso no pagamento da mensalidade pela Contratante, ou pelo próprio beneficiários nas situações dos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, por um período superior a 5 (cinco) dias, implica na suspensão do direito do(s) Beneficiários Titulares e de seus Dependentes a qualquer cobertura.

16.11.2. É de exclusiva responsabilidade da Contratante informar aos Beneficiários acerca da suspensão da cobertura decorrente da falta de pagamento.

16.12. Quando a data limite cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

16.13. Fica resguardado o direito da Contratante se uma vez identificado erro de cálculo no valor da mensalidade, notificar imediatamente o Contratado, a fim de que seja emitido novo boleto, com o demonstrativo da incorreção.

16.14. Ao Contratado é garantido o direito de cobrar em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor da mensalidade não paga pela Contratante e/ou Beneficiário nas situações dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, a contar da data do inadimplemento.

16.15. A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera a Contratante e/ou Beneficiários nas situações dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

16.16. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

17. REAJUSTE

17.1. O Contratado aplicará anualmente sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, o Índice de Reajuste (IR) composto pelo Reajuste Técnico, Reajuste Financeiro e Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias, podendo a aplicação destes ocorrer de forma cumulativa ou não, conforme a seguir:

$$IR = [(1 + RF) \times (1 + RT) \times (1 + RINT)] - 1$$

Onde,

IR = Índice de Reajuste (em %)

RF = Reajuste Financeiro

RT = Reajuste Técnico (sinistralidade)

RINT = Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias

17.2. O Reajuste Financeiro terá por base a Variação dos Custos Odontológicos (honorários odontológicos, materiais, medicamentos e demais despesas assistenciais) per capita, apurada no período de 24 (vinte e quatro) meses, comparando os 12 (doze) meses imediatamente anteriores, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

17.3. O Reajuste Técnico (por sinistralidade) visa a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e é calculado utilizando-se a seguinte fórmula:

$$RT = (\Sigma D / \Sigma M / IE) - 1$$

Onde,

RT = Reajuste Técnico (em %)

ΣD = Total de despesas (sinistro) apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período

inferior caso a legislação venha a permitir referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

ΣM = Total de mensalidades de 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

IE = Índice de Equilíbrio de 65% para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários; 65% para os contratos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) beneficiários; 70% para os contratos com 100 (cem) ou mais beneficiários.

17.4. Caso a aplicação da fórmula acima resulte em valor igual ou inferior a zero, o valor da mensalidade do contrato não sofrerá alteração referente ao Reajuste Técnico.

17.5. O Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias será aplicado sobre a mensalidade sempre que houver incorporação de nova cobertura ao contrato.

17.6. O Contratado poderá ainda para os contratos componentes da carteira dos planos coletivos que possuam entre 2 (dois) a 99 (noventa e nove) Beneficiários, apurar o Reajuste Técnico utilizando como base todos os contratos integrantes desta carteira.

17.7. Independente da data de inclusão dos Beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato, sendo certo que não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

17.8. O contrato não poderá sofrer reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de acréscimo de cobertura ou mudanças na legislação em vigor.

17.9. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, pelo mesmo índice, de acordo com as condições aqui dispostas.

17.10. Eventualmente ou por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as condições previstas neste contrato, incluindo as datas e/ou períodos de apuração para cálculo do Índice de Reajuste (IR) poderão ser modificados.

17.11. Os reajustes acima mencionados quando aplicados sobre as mensalidades, serão divulgados e comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme legislação e normas vigentes.

18. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS

A Contratante deverá preencher a Proposta Comercial Odontológica, anexando os documentos do Beneficiário que comprovem a participação societária ou vínculo com a Contratante, nas formas empregatícia ou estatutária, bem como os documentos abaixo relacionados:

- Contrato ou Estatuto Social devidamente registrado na Junta Comercial ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
- Comprovante de Inscrição no CNPJ/MF;

- Folha de registro dos funcionários incluídos no contrato, quando for o caso;
- Relação atualizada de funcionários inscritos no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, acompanhada da última guia de recolhimento (GFIP) quitada.

18.2. De acordo com as declarações constantes da Proposta Comercial Odontológica, o Beneficiário Titular poderá ser:

Contributário: é o Beneficiário Titular que contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu produto privado de assistência odontológica oferecido pela Contratante em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, à exceção dos valores relacionados a pagamentos vinculados à(aos) Beneficiário(s) Dependente(s) e à coparticipação.

Não Contributário: é o Beneficiário Titular que não contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu produto privado de assistência odontológica oferecido pela Contratante em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, recaindo o ônus do custeio totalmente sobre a Contratante. Não se caracteriza em qualquer hipótese a contributividade, os valores relacionados a pagamentos vinculados à(aos) Beneficiário(s) dependente(s) e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência odontológica.

18.3. A responsabilidade pelo recolhimento das contribuições e efetivo pagamento das mensalidades integrais ao Contratado, em qualquer dos critérios anteriores, é da Contratante.

18.4. Ao Beneficiário contributário, no caso de demissão ou exoneração sem justa causa do contrato de trabalho pelo Contratado e no caso de aposentadoria, é assegurada a manutenção de sua condição de Beneficiário no mesmo plano contratado pelo Contratante, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- Assuma o pagamento integral da mensalidade;
- O contrato celebrado entre a Contratante e o Contratado esteja em vigor; e
- Opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação da Contratante, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

18.5. A responsabilidade pelo recolhimento das contribuições e efetivo pagamento das mensalidades integrais ao Contratado, em qualquer dos critérios anteriores, é da Contratante.

18.6. O direito de manutenção da condição de beneficiário é exclusivo aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa contributários e aposentados contributários. Os ex-empregados demitidos ou exonerados por justa causa Contributários ou não, os ex-empregados demitidos e exonerados sem justa causa não contributários, e os aposentados não contributários não fazem jus aos direitos especificados nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

18.6.1. Ao Beneficiário contributário, no caso de demissão ou exoneração sem justa causa do contrato de trabalho pela Contratante e no caso de aposentadoria, é assegurada a manutenção de sua condição de Beneficiário no mesmo produto contratado pela Contratante.

te, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- Assuma o pagamento integral da mensalidade, correspondente ao seu custo por faixa etária;
- Contrato celebrado entre a Contratante e o Contratado esteja em vigor; e
- Opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação da Contratante, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

18.6.2 Quando o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optar pela sua manutenção na condição de Beneficiário Inativo, esta se dará no mesmo contrato celebrado com a Contratante com a manutenção das condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador previstas no produto privado de assistência odontológica para os Beneficiários Ativos, inclusive no que se refere as negociações futuras que venham a ser firmadas entre Contratante e o Contratado, em especial, no que tange a preço, faixa etária, fator moderador e outros.

18.6.3. Qualquer alteração na regra do parágrafo anterior poderá ocorrer desde que haja mútuo e expresse acordo entre a Contratante e o Contratado, desde que não haja vedação legal.

18.6.4. O período de manutenção da condição de Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de sua permanência como Beneficiário contributivo, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

18.6.5. Ao Beneficiário aposentado que tenha contribuído no mínimo, 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção, como Beneficiário Inativo, no contrato coletivo firmado pela Contratante de forma vitalícia (enquanto o contrato estiver vigente).

18.6.6. Caso o Beneficiário aposentado tenha contribuído por período inferior a 10 (dez) anos será assegurado, ao se aposentar, o direito de se manter como Beneficiário Inativo, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

18.6.7. O período de manutenção da condição de Beneficiário pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é extensivo a todo o grupo familiar já inscrito quando da rescisão do contrato de trabalho, sendo certo que novas inclusões serão extensivas apenas ao novo cônjuge ou companheiro e/ou filhos.

18.6.7.1. Em caso de morte do Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é assegurada a permanência aos Beneficiários Dependentes desde que já inscritos no contrato, pelo tempo remanescente a que faria jus o Beneficiário Titular Inativo.

18.7. Não serão praticados preços diferenciados para os Beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, salvo em função dos mesmos se enquadrarem em faixas etárias diferenciadas, ou ainda, em regiões geográficas distintas.

18.8. Os direitos assegurados nesta cláusula, conforme disposto no art. 26 da Resolução Normativa nº 279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, deixarão de existir

(i) pelo decurso dos prazos de manutenção do benefício previsto nas Condições Gerais e na Lei nº 9.656/98; ou (ii) quando da admissão do Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou ainda (iii) quando da rescisão do contrato entre a Contratante e o Contratado, já que a vigência dos benefícios especificados nesta cláusula estará obrigatoriamente condicionada à vigência do contrato entre a Contratante e o Contratado Leve Saúde, caso o contrato seja encerrado, serão automaticamente cancelados os benefícios previstos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

18.9. Caso a Contratante contrate produto odontológico junto a outra Operadora, deverá incluir no novo contrato todos os beneficiários que anteriormente figuravam no contrato firmado com o Contratado, inclusive os beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, uma vez que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício ou estatutário e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da Contratante.

19. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

19.1. A Contratante será responsável por solicitar a exclusão ou suspensão de Beneficiários no contrato, nos seguintes casos:

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Morte;
- c) Recusa de efetuar exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos do Grupo Beneficiado ou do Contratado;
- d) Cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante;
- e) Rescisão do contrato;
- f) Quando o Dependente perder a condição de Beneficiário Dependente.

19.2. Quando da cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante, esta ao solicitar a exclusão do ex-empregado deverá fornecer ao Contratado as seguintes informações:

- I) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é aposentado que continua odontológico;
- III) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do produto privado de assistência odontológico; e
- IV) Se o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

19.3. Tratando-se de exclusão de Beneficiário Contributário, decorrente de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, as informações dos itens “II” ao “V” deverão ser prestadas através de “DECLARAÇÃO EXPRESSA”, inclusive quando o pedido de exclusão se der pelo canal web, ou qualquer outra forma de comunicação, sendo certo que citada declaração deverá seguir o mesmo formato do modelo disponibilizado pelo Contratado, a qual faz parte destas Condições Gerais, devendo a mesma ser arquivada pela Contratante, pelo prazo de 5 (cinco) anos, e entregue ao Contratado sempre que solicitada.

19.4. A Contratante deverá sempre que solicitado pelo Contratado, no prazo máximo e improrrogável de 48 (quarenta e oito) horas, fornecer todas as informações e documentos pertinentes, relativos às solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares e seu(s) Dependente(s) do contrato.

19.5. A Contratante assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades a que ao Contratado seja submetida, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas pela Contratante ao Contratado, da mesma forma pelo inadimplemento das obrigações especificadas nestas Condições Gerais.

19.6. Ao Contratado poderá, em caso de fraude, excluir ou suspender a assistência odontológica dos Beneficiários, independente de anuência da Contratante.

19.7. A Contratante obriga-se à devolução de toda a documentação de identificação destinada ao uso do produto pertencente ao(s) Beneficiário(s) excluído(s), ficando ao Contratado, desde já, autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido dessa documentação.

20. RESCISÃO

20.1. Após o período de 12 (doze) meses de vigência iniciais, o presente contrato poderá ser denunciado, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Durante o prazo do aviso prévio aqui determinado, não será admitida qualquer movimentação cadastral.

20.2. Caso a Contratante denuncie o contrato antes que ele complete o período de 12 (doze) meses de vigência, a Contratante estará obrigada a pagar à LEVE SAÚDE a quantia relativa às mensalidades que faltarem para integralizar o período inicial de vigência contratual.

20.3. O atraso no pagamento da mensalidade pela Contratante, ou pelo próprio beneficiários nas situações dos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, por um período superior a 10 (dez) dias, implica na suspensão do direito do(s) Beneficiários Titulares e de seus Dependentes a qualquer cobertura.

20.4. O pagamento de parcelas posteriores não quita débitos anteriores.

20.5. Sem prejuízo das penalidades legais, bem como do pagamento da multa pela Contratante e razão do descumprimento do prazo mínimo de vigência contratual, o contrato será automaticamente rescindido, independente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios à parte infratora, nas seguintes situações:

- Prática de ilícito civil ou penal da Contratante contra o Contratado;
- Omissão ou distorção de informações que caracterize fraude por parte da Contratante contra o Contratado;
- Redução da quantidade mínima de Beneficiário exigido para manutenção

contratual;

- Caso ocorra atraso de pagamento das mensalidades por um período de 30 (trinta) dias ou mais, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, sem prejuízo da quitação dos demais valores vencidos referente às despesas odontológicas realizadas no período de inadimplência;
- Não aceitação pela Contratante do índice de reajuste proposto pelo Contratado na data de aniversário do contrato, desde que este esteja em conformidade com as regras contratadas.

20.6. Em caso de encerramento do presente contrato, o Beneficiário interessado em manter o benefício do plano odontológico, com aproveitamento do tempo de contribuição do plano coletivo empresarial, conforme previsto na CONSU nº 19, deverá requerer a contratação de plano na modalidade individual/familiar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelando do presente contrato.

20.7. Nos casos de exclusão de Beneficiários e de cancelamento deste contrato, é responsabilidade da Contratante recolher e devolver ao Contratado as respectivas carteiras de identificação, bem como assumir inteiramente a responsabilidade perante o Contratado por sua utilização indevida, desde que comprovada sua culpa.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. Qualquer concessão praticada pelo Contratado no tocante às coberturas de assistência odontológica oferecidas pelo presente contrato não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo Beneficiário.

21.2. A Contratante assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades ou, ainda, pelo pagamento de sinistros a que o Contratado seja submetido ou obrigado a pagar, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por Beneficiários ou Ex-Beneficiários pleiteando coberturas contratuais ou alegando prejuízos a direitos relativos as coberturas contratuais, em especial nos casos em que esses direitos contrariem as regras e regulamentos exarados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

21.3. São documentos do presente contrato: o Contrato e Proposta Comercial Odontológica, seus anexos, os recibos, as declarações disponibilizadas no canal web, bem como as carteiras de identificação.

21.4. Não se admitirá a presunção de que as partes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente das Condições Gerais do contrato ou de quaisquer outros documentos que dele sejam parte integrante e complementar.

21.5.1 Fica a Contratante obrigada a comunicar ao Beneficiário Titular ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, com antecedência mínima de 30 dias, a data inicial e final do período para requisição da portabilidade especial.

21.6. As resoluções que, juntamente com a Lei nº 9.656/1998, regulam e complementam este contrato são as expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Conselho Nacional de Saúde Complementar (CONSU), e podem ser obtidas no site

www.ans.gov.br ou na Av. Augusto Severo, 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro, RJ.

21.7. O presente contrato obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

22. GLOSSÁRIO

Acidente Pessoal

É todo evento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, exclusiva 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.

Aniversário

É a data do término do prazo de vigência do contrato ou de cada renovação deste

Beneficiário Titular

Funcionário ou associado vinculado a Estipulante.

Beneficiário Dependente

Cônjuge ou Dependente direto do Beneficiário Titular, incluído na proposta.

Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto contado da data de inclusão de cada beneficiário, em que o Beneficiário Titular e/ou seu Dependente não terá direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos, independentemente de estar adimplente com a mensalidade do contrato.

Cobertura Assistencial

É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos odontológicos) organizada por segmentação a que o consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora.

Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para o Contratado, quanto para o Beneficiário.

Contrato

Documento que estabelece obrigações e direitos tanto do Contratado quanto do Beneficiário do plano de assistência odontológica.

Contratado

É o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda., que assume todos os riscos inerentes as coberturas de despesas odontológicas, nos termos e limites destas Condições Gerais.

Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pela Estipulante diretamente a operadora após a realização de procedimento.

Evento

Conjunto de ocorrências e serviços odontológicos que tenha por origem ou causa o mesmo dano involuntário a saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.

Evento Coberto

E o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, implique na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

Limitações de Cobertura

São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Mensalidade

Pagamentos efetuados pela Estipulante para custeio de plano odontológico.

Procedimento Estético

E todo procedimento clínico/cirúrgico que não vise a recuperação funcional de um órgão e/ou sistema.

Proposta Comercial Odontológica

Documento em que constam os dados cadastrais da Contratante e o perfil da empresa.

Rede Credenciada

É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente do Contratado, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) Beneficiário(s).

Segmentação Assistencial

E o tipo de cobertura contratada no produto de assistência odontológica.

Tabela de Serviços do Contratado

Tabela que relaciona todos os procedimentos utilizados na assistência odontológica dos Beneficiários.

Urgência

É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

23. ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito como competente o foro do domicílio da empresa Contratante, conforme mencionado na Proposta Comercial Odontológica, para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato.