

INDIVIDUAL
CONDIÇÕES
GERAIS

Leve
dental 
SOS

levesaude.com.br

LEVE SAÚDE

Leve Dental INDIVIDUAL SOS
INDIVIDUAL/ FAMILIAR

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.....	6
10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	6
11. EXCLUSÕES DE COBERTURA	7
12. DURAÇÃO DO CONTRATO	8
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. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	13
19. RESCISÃO	13
20. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	14
21. GLOSSÁRIO	14
22. ELEIÇÃO DE FORO	16

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 individual/familiar 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 Individual/Familiar Privado de Assistência à Saúde Suplementar

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

Leve Dental INDIVIDUAL SOS - nº de registro: 499.079/24-0

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.

6.2. As coberturas previstas neste contrato serão efetuadas, única e exclusivamente, por meio da rede credenciada constante no endereço eletrônico www.levesaude.com.br

7. FORMAÇÃO DE PREÇO

7.1. O pagamento da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pelo Beneficiário ao Contratado, baseia-se no sistema de pagamento preestabelecido.

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 24 (vinte quatro) anos.
- c) Netos, bisnetos, pais, avós, bisavós, tios, sobrinhos e irmãos.

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 o(s) 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 e documentos comprobatórios de dependência econômico-financeira.

8.2.1 A extinção da adoção, guarda ou tutela confere ao Contratado o direito de excluir o Beneficiário Dependente do plano contratado.

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 correto preenchimento da Ficha Cadastral Odontológica Individual e Familiar, além do encaminhamento de toda documentação, inclusive a de seus Dependentes.

8.5.1 Ao Beneficiário Titular ou seu representante legal é atribuído o ônus pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando do preenchimento da Ficha Cadastral, bem como pela apresentação de todos os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas.

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

8.7. A Os Dependentes somente poderão 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 Filhos recém-nascidos naturais ou adotivos, ou recém-nascidos sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 dias, contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela, conforme o caso.

8.8.2 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.

8.8.3 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.

8.8.4 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.

8.9. Considera-se plano familiar aquele constituído obrigatoriamente por duas ou mais pessoas, somente admitindo como dependente(s) o(s) previsto(s) no item 8.1.

9. MUDANÇA DE PLANO

9.1. A mudança decorrente de alteração de rede menos abrangente para outra mais abrangente, 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.

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 abaixo relacionadas.

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
Apliação 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 quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento.

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 atendimento 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, listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento. 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, exceto se incorporados ao Rol de Procedimentos Odontológicos pelo órgão regulador.
- 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.
- Procedimentos com laser terapia
- Ortodontia
- Procedimentos com toxina botulínica
- 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. O período de vigência deste contrato será de 12 (doze) meses, com início na data da assinatura do contrato ou da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro, para cada Beneficiário.

12.2. No Este contrato terá renovação automática, após o período inicial de 12 (doze) meses de vigência, por prazo indeterminado.

12.3. Não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato de renovação. Fica vedada a recontagem de carência.

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; extrações

- simples, imobilização dentária temporária; recimentação de trabalho protético;
- tratamento de alveolite, pericoronarite, pericementite; 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.

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 dos 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”, item “ATUALIZAÇÕES DE REDE”.

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 e Central de Atendimento.

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 Ficha Cadastral Odontológica Individual e Familiar.

16.2. A mensalidade que o Beneficiário Titular pagará ao Contratado, decorrente deste contrato, serão devidas por si e pelos demais Beneficiários Dependentes, inscritos neste contrato, cujo valores, nesta data, corresponde ao indicado na proposta, respectiva, respeitadas as faixas etárias dos Beneficiários inscritos.

16.3. O vencimento da mensalidade se dará a cada 30(trinta) dias.

16.3.1 A alteração da data de vencimento da mensalidade gerará pro rata, referente à diferença de dias faltantes.

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

16.5. O não recebimento do boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga o Beneficiário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal, sob pena de arcar com os encargos previstos contratualmente. Constatado o atraso na entrega do boleto de pagamento, não recebido até 48h (quarenta e oito horas) antes do respectivo vencimento, competirá ao Beneficiário contatar o Contratado e solicitar o encaminhamento de 2ª via do documento, para o pagamento dentro do prazo

16.5.1 Constatado o atraso na entrega do boleto de pagamento, não recebido até 48h (quarenta e oito horas) antes do respectivo vencimento, competirá ao Beneficiário contatar o Contratado e solicitar o encaminhamento de 2ª via do documento, para o pagamento dentro do prazo.

16.6. As mensalidades deste contrato deverão ser pagas mediante boleto bancário.

16.7. O Beneficiário fica ciente de que o Contratado não possui cobradores domiciliares. Todos os pagamentos serão sempre efetuados na rede bancária.

16.8. 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.

16.9. O não pagamento da mensalidade, na forma estipulada nesta cláusula acarretará para o Beneficiário ou seu representante legal, além das sanções previstas neste contrato, a incidência de juros moratórios de 1% (um por cento) e multa de 2% (dois por cento) ao mês, sobre o valor do débito.

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

16.11. Pagamentos efetuados não quitam débitos relativos as mensalidades anteriores, exceto se declarado expressamente pelo Contratado

16.12. 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.

16.13. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos e aqueles a este já vinculados ao mesmo plano.

16.14. Ao Contratado é garantido o direito de cobrar em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor das mensalidades não pagas pelo Beneficiário, a contar da data do inadimplemento. O Contratado se reserva, ainda, o direito de promover a cobrança dos pagamentos em atraso, através de bancos e pelos meios legais cabíveis, sejam esses valores equivalentes a quaisquer débitos não quitados, conforme obrigações previstas neste contrato

16.15. A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera o Beneficiário Titular e seu(s) Dependente(s) do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

17. REAJUSTE

Enquanto vigente a competência da ANS para determinar o percentual máximo de reajuste anual, as mensalidades serão reajustadas, anualmente, pelos índices autorizados por ela, na forma da legislação que regula a matéria.

Na falta de legislação específica que disponha sobre a forma de reajuste, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M).

17.1. O Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata.

18. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. O Beneficiário Titular ou seu representante legal poderá solicitar sua exclusão, ou de qualquer de seus Dependentes, a qualquer tempo, desde que o faça por escrito em formulário próprio fornecido pelo Contratado, em documento dirigido ao mesmo.

18.2. O Contratado poderá excluir ou suspender, livre de ônus e a qualquer tempo, sem prejuízo de eventual cobrança por perdas e danos, quando for o caso, o Beneficiário que se enquadre em qualquer dos seguintes casos:

- Perda da relação de dependência com o titular;
- Infração contratual ou fraude ao contrato ou ao sistema, mesmo que praticada por Beneficiário Dependente;

18.3. A extinção do vínculo do Beneficiário Titular com o Contratado não extingue o contrato, sendo assegurado aos Dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que haja formalização de novo titular que assumira todas as obrigações, deveres e direitos do anterior, por Aditivo Contratual. Entretanto, este dispositivo não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade, segundo o inciso II do § único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

18.4. A perda do direito ao atendimento dar-se-á no último dia da cobertura já paga pelo Beneficiário. O ônus decorrente do prosseguimento do atendimento após essa data será de responsabilidade única do Beneficiário.

18.5. Caso ocorra a perda de qualidade de Beneficiário Titular ou de qualquer Dependente, o Beneficiário Titular obriga-se a devolver seu Cartão de Identificação e/ou os dos seus Dependentes, qualquer que seja o motivo da perda.

19. RESCISÃO

19.1. Este contrato poderá ser suspenso e/ou rescindido, sem prejuízo da quitação dos demais valores vencidos referentes às despesas odontológicas realizadas no período de inadimplência, caso ocorra atraso de pagamento das mensalidades por um período de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que notificado o Beneficiário até os 50 (cinquenta) dias de inadimplência.

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

19.3. O Contratado não é obrigado a aceitar o pagamento do débito após 60 (sessenta) dias de atraso, e poderá rescindir o contrato conforme regra disposta no item 19.1.

19.4. Caso o Beneficiário queira rescindir o contrato ou ocorra atraso de pagamento das mensalidades por um período de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, antes de completada a vigência inicial de 1 (um) ano, pagará multa correspondente a 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para se completar a vigência inicial.

19.5. Rescinde-se ainda o contrato, por extinção, independente do prazo de vigência ou de notificação judicial ou extrajudicial, caso haja:

- Prática de ilícito civil ou penal do Benefício e/ou Dependente contra o Contratado;
- Prática de fraude por parte do Beneficiário contra o Contratado; ou;
- Seja exercida a portabilidade de carências, conforme as regras estabelecidas pela RN nº 186/2009 e pela IN nº 19/2009;
- Morte do Beneficiário Titular, sem que haja manifestação expressa do(s) Dependente(s) quanto ao interesse de permanecer(em) no plano.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1. No caso de rescisão contratual por fraude ou inadimplência, sem que nesta última hipótese esteja o Beneficiário Titular internado, a responsabilidade do Contratado quanto aos atendimentos e internações, iniciados ou não, cessa no primeiro dia subsequente ao sexagésimo dia de inadimplência ou, imediatamente, quando constatada fraude ou prática de ato ilícito. A partir da rescisão, todas as despesas correrão por conta do Beneficiário.

21. 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

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

E 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 a Leve Saúde Operadora de Planos de Saúde S.A, que assume todos os riscos inerentes as coberturas de despesas odontológicas, nos termos e limites destas Condições Gerais.

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 clinico/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

É 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.

22. 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.