PLANO ODONTOLÓGICO

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA – INDIVIDUAL / FAMILIAR – PLANO RISO CLASS II

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado como,

CONTRATADA,	**ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA LTDA.**
NOME FANTASIA	**RISO PLANO ODONTOLÓGICO**
CNPJ:	**01.872.588/0001-36**
Endereço:	**AVENIDA UNIVERSIDADE nº 28 - QUADRA 03 - COHAFUMA**
Cidade:	**SÃO LUÍS**
Estado:	**MARANHÃO**
Registro ANS:	**36.529-7**
Classificação:	**ODONTOLOGIA DE GRUPO**
CRO/MA:	**EPAO 064**

neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, e de outro lado como **CONTRATANTE**, a pessoa física devidamente qualificada na Proposta de Adesão anexa ao presente Contrato, e que devidamente assinado pelas partes, faz parte integrante e indissociável para todos os fins de direito, têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

1 – DADOS GERAIS DO PLANO

1.1. Nome Comercial do Plano:	**RISO CLASS II**
1.2. Número de Registro na ANS:	**495.968/23-0**
1.3. Tipo de Contratação:	**Individual / Familiar**
1.4. Segmentação Assistencial:	**Odontológico**
1.5. Área Geográfica de Abrangência do Plano:	**Nacional**
1.6. Área de Atuação do Plano:	**Nacional**
1.7. Formação de Preço:	**Pré-Pagamento**
1.8. Serviços e Coberturas Adicionais:	**Procedimentos Estéticos e Outros, conforme clausula 5.4**
1.9. Possui Acesso a Livre Escolha:	**Não Possui**
1.10. Fator Moderador:	**Franquia**

2 – DO OBJETO E DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

2.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica tem por objetivo, cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos com as coberturas das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, e no Rol de Procedimentos odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na época do evento. Os serviços serão prestados por terceiros aos BENEFICIÁRIOS do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, à abrangência contratual, aos parâmetros es-

tabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

2.2. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Saúde é bilateral, pois gera direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, assumindo os aderentes o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la, e de adesão, sujeito subsidiariamente às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

2.3. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no 9.656/98 e suas regulamentações setoriais vigentes, bem como, subsidiariamente, pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

3 – DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO

3.1. Nos termos da legislação vigente, os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como Nacional**.**

4 – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

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

Consideram-se **DEPENDENTES** do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:

a) Cônjuge ou convivente em união estável, mediante apresentação da certidão de casamento ou declaração de que convive em união estável na forma da Lei nº 9.278/96 ou da Lei Orgânica da Previdência Social, vedada a presença concomitante de mais de uma pessoa nessa condição;

b) Filhos naturais ou adotivos, solteiros, e até completarem 18 anos, devidamente comprovado através da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);

c) Filhos naturais ou adotivos, solteiros, e até completarem 24 anos, desde que comprovadamente matriculados em curso secundário ou universitário, além da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);

d) Filhos naturais ou adotivos, inválidos, de qualquer idade, desde que comprovem a invalidez permanente através de documento expedido por órgão oficial do Governo (nos termos da Lei 8.212 e 8.213), além da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);

4.2. Os enteados, tutelados ou curatelados, ou menores sob guarda judicial, são equiparados a filhos para fins deste contrato, e deverão apresentar os seguintes documentos:

a) Enteados: apresentação da certidão de casamento ou declaração de que convive em união estável na forma da Lei nº 9.278/96 ou da Lei Orgânica da Previdência Social, além dos documentos relacionados nas letras “b”, “c” e “d” do item anterior;

b) Tutelado ou Curatelado ou menor sob guarda: apresentação do termo de tutela, curatela ou de guarda judicial além dos documentos relacionados nas letras “b”, “c” e “d” do item anterior.

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

4.4. A Proposta de Adesão deverá ser preenchida e assinada pelo beneficiário titular e entregue para a CONTRATADA, juntamente com a seguinte documentação estabelecida na proposta de adesão.

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

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

b) mensalidades deverão estar rigorosamente em dia;

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

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

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

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

a) nos casos de morte;

b) nos casos de perda da condição de DEPENDENTE pelo atingimento da idade, pela separação ou divórcio, pela cessação da tutela, da curatela, da guarda ou da invalidez ou por qualquer outro fato jurídico, natural ou humano, que importe na perda da qualidade de dependente;

c) prática de fraudes ou infrações DEVIDAMENTE comprovadas, com o intuito de obter vantagem ilícita para si ou para outrem;

d) nos casos de rescisão do presente Contrato;

e) por solicitação unilateral do BENEFICIÁRIO TITULAR, nos termos da Resolução Normativa RN 412/2016.

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

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

4.8.2. Nas hipóteses da alínea 'e' do item anterior, a solicitação de exclusão por solicitação do beneficiário deverá se dar através dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 412/2016, e o seu efeito é imediato a partir da ciência da CONTRATADA.

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

4.8.4. A extinção do vínculo do BENEFICIÁRIO TITULAR do plano familiar, inclusive por morte, não extinguirá o contrato, sendo assegurado aos DEPENDENTES já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais com assunção das obrigações decorrentes, devendo ser identificado pelos DEPENDENTES o novo beneficiário titular do contrato, não se aplicando direito ora assegurado às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou pelo não pagamento das mensalidades.

4.8.5. Quando da exclusão, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá recolher e devolver à CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário titular e, se houver, de seus dependentes, sob pena de, havendo utilização indevida, se responsabilizar por quaisquer prejuízos que eventualmente venha a CONTRATADA sofrer.

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

5 – DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, nos limites do plano contratado, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros itens, a área de abrangência estabelecida no contrato.

5.2. A cobertura de custos das despesas com atendimento na rede credenciada assegurada neste contrato será realizada pela CONTRATADA, por meio de pagamento direto ao prestador de serviço, sempre em conformidade com as condições contratuais vigentes.

5.3. Este contrato prevê cobertura de custos odontológicos para os procedimentos, previstos no artigo 12, IV, da Lei 9656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento. **Relação de procedimentos odontológicos cobertos (anexo I – parte integrante deste contrato).**

5.4 – Além das coberturas descritas no item anterior, serão disponibilizadas as coberturas adicionais conforme **Relação de procedimentos odontológicos adicionais cobertos (anexo II – parte integrante deste contrato)**. Por tratar-se de coberturas adicionais, a CONTRATADA reserva-se o direito de substituir os prestadores e forma de acesso a qualquer tempo, mediante divulgação em seu portal: www.planoriso.com.br.

5.5. Este contrato também prevê a cobertura dos honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

5.5.1 Para todos os efeitos legais, considera-se imperativo clínico, a necessidade de adoção de atos que visem diminuir os riscos decorrentes de uma intervenção. Tais atos devem ser justificados pelo cirurgião-dentista e pelo médico assistente, sobretudo quando envolverem a necessidade de suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, ficando estabelecido que não haverá qualquer cobertura dos custos havidos com os honorários da equipe médica e da estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

6 – DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

6.1. Os procedimentos elencados no quadro abaixo e classificados como sendo de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICOS cobertos pelo presente contrato após 24 horas do ingresso do beneficiário no plano, serão, desde que observado o disposto no item 6.2.1, reembolsados, de acordo com a Tabela de Procedimentos Odontológicos de Urgência e Emergência cobertos e de Reembolso.

6.2. Reembolso de despesas nas urgências e emergências:

6.2.1. Exclusivamente nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços da rede de assistência da CONTRATADA, dentro da área geográfica de abrangência, conforme previsto no art. 12, inciso VI da Lei nº 9656/98, as despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou dependente, com os procedimentos de urgência ou emergência, após conferência e aprovação, serão reembolsadas nos limites das obrigações contratuais, em até 30 (trinta) dias da entrega dos documentos, com base na Tabela da CONTRATADA vigente à época do evento.

6.2.1.2. O prazo para solicitação de reembolsos é de até 03 (três) meses da data de término de atendimento de Urgência e Emergência.

6.3. **Tabela de Procedimentos Odontológicos de Urgência e Emergência cobertos** pelo contrato, que, eventualmente, poderão ser passíveis de **Reembolso**, de acordo com a Tabela Própria de Reembolso do plano, constando a versão atualizada no site da Operadora na internet, que não poderá ser inferior ao praticado pela rede credenciada da **CONTRATADA**.

ATENDIMENTO URGENCIAL

Consulta Odontológica de Urgência
Consulta Odontológica de Urgência 24 H
Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-Maxilo-Facial
Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-Maxilo-Facial
Incisão e Drenagem Extra-Oral de Abcesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
Incisão e Drenagem Intra-Oral de Abcesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
Reimplante Dentário com Contenção
Tratamento de Alveolite
Imobilização Dentária em Dentes Decíduos
Pulpectomia
Imobilização Dentária em Dentes Permanentes
Tratamento de Abcesso Periodontal Agudo
Recimentação de Trabalhos Protéticos

6.4. O reembolso das despesas a que alude o presente subitem será efetuado no prazo máximo de trinta (30) dias após a entrega à CONTRATADA, pelos beneficiários, da seguinte documentação:

- Relatório do odontólogo assistente, declarando diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- Declaração do dentista assistente especificando a razão da emergência;
- Recibo ou nota fiscal de honorários dos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem.
- Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);

6.5. O beneficiário que não exercer esse direito no prazo de até 03(três) meses da data do término de atendimento de Urgência/Emergência, não poderá mais fazê-lo.

6.6. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo reembolso de despesas extraordinárias do beneficiário.

7 – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da CONTRATADA, cobertura de custos ou reembolso, em qualquer hipótese, para os procedimentos/eventos a seguir.

7.2. Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, ressalvando-se o estabelecido por imperativo clínico, anteriormente definido.

7.3. Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua assinatura, exceto se incorporados ao rol odontológico pelo órgão regulador.

7.4. Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo BENEFICIÁRIO, entre outros: ingestão de bebida alcoólica e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos; atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.

7.5. Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.

7.6. Implantes dentários (fase cirúrgica e protética) e transplantes.

7.7. Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na cláusula Reembolso de Despesas.

7.8. Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, vigente à época do evento, exceto aqueles listados nas coberturas adicionais.

7.9. Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde, na Segmentação Assistência Médica, vigente à época do evento, e suas despesas hospitalares.

7.10. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto aqueles listados nas coberturas adicionais.

7.11. Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.

7.12. Igualmente não haverá nenhuma cobertura para as despesas ou os custos decorrentes da ausência do BENEFICIÁRIO à consulta por ele marcada, ficando eventuais ônus decorrentes de sua ausência sob sua exclusiva responsabilidade financeira.

7.13. Manutenção de todo e qualquer aparelho ortodôntico e/ou ortopédico, seja ele fixo metálico, ortopédico, removível e/ou estético, exceto se expressamente pertencente a lista de coberturas adicionais.

7.14. Instalação, conserto e remoção de aparelhos ortodônticos fixo dos tipos: estético, auto ligado, lingual, bem como reposição destes aparelhos e/ou acessórios (bandas, botões, ganchos e etc) , exceto se expressamente pertencente a lista de coberturas adicionais.

7.15. Instalação, conserto e remoção de aparelhos ortodônticos removíveis do tipo alinhadores, exceto se expressamente pertencente a lista de coberturas adicionais.

7.16. Implantes ortodônticos com finalidade de ancoragem dentária e/ou movimentação/tração de dentes, exceto se expressamente pertencente a lista de coberturas adicionais.

7.17. Toda e qualquer documentação ortodôntica, exceto se expressamente pertencente a lista de coberturas adicionais.

8 – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

CARÊNCIA é o período de tempo, contado a partir da data de início da vigência do presente contrato, onde os beneficiários deverão permanecer ininterruptamente no plano, sem direito às garantias cobertas por este, conforme definido abaixo:

8.1. 24 horas para os casos de emergências e urgências, diagnóstico(consultas), prevenção (profilaxia dental) e radiografia periapical.

8.2. 30 dias para os demais procedimentos cobertos.

8.3. 01(um) Clareamento dentário caseiro com carência a cada 12 (doze) meses.

9 – DA REDE CREDENCIADA DO PLANO

9.1. A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários de seu Plano Odontológico, para a garantia das coberturas odontológicas contratadas, os prestadores credenciados constantes do "Guia Odontológico" localizado no Portal Corporativo (www.planoriso.com.br), tanto para atendimentos odontológicos eletivos quanto em regime de urgência/emergência.

9.1.2. A utilização dos profissionais de saúde e estabelecimento de serviços de saúde constantes da rede CREDENCIADA do plano deverá respeitar as regras de acesso e porta de entrada previstas no presente Contrato.

9.2. A CONTRATADA manterá sempre atualizado em seu Portal Corporativo (www.planoriso.com.br) a relação dos profissionais odontológicos e estabelecimentos de serviços odontológicos vinculados ao plano, para integral garantia de cobertura aos beneficiários, nos estritos termos do presente contrato e da legislação especial.

9.3. A CONTRATADA poderá proceder a substituição de seus prestadores, constantes de sua rede CREDENCIADA, desde que por outro equivalente, nos termos de regulamentação vigente.

9.4. A CONTRATADA deverá dar ciência aos beneficiários do plano a respeito da substituição dos profissionais e estabelecimentos de serviços odontológicos, por meio de seu Portal Corporativo, com antecedência mínima de 30 dias.

10 – IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

10.1. Será de exibição obrigatória, sempre que os serviços ora contratados forem utilizados pelos beneficiários ou dependentes, o documento oficial de identificação do beneficiário paciente com foto.

11 – DAS REGRAS DE ACESSO À REDE e de UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

11.1. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, os beneficiários deverão observar as regras de acesso e de porta de entrada conforme o disposto nas cláusulas seguintes.

11.2. A Rede Credenciada de Clínicas Preferenciais da CONTRATADA será a porta de entrada para consultas e tratamentos de rotina para os beneficiários. O beneficiário deve agendar o seu atendimento em uma das clínicas preferenciais indicadas no portal (www.planoriso.com.br). Esta medida visa facilitar o acesso do beneficiário aos serviços objeto deste Contrato, não estando nele previsto como porta de entrada qualquer estabelecimento ou unidade pública ou privada que não faça parte da rede credenciada da CONTRATADA.

11.3. Quando do atendimento o beneficiário deverá apresentar ao profissional ou estabelecimento os seguintes documentos:

a) Documento oficial de identidade do beneficiário-paciente com foto;
b) Senha ou Guia de Autorização, quando for o caso.

11.4. A CONTRATADA não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário, tais como estacionamento, frigobar, tv, produtos de higiene pessoal.

11.5. A Franquia é o valor expresso no Contrato, estabelecido com base em regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que corresponde à parcela do valor dos custos assistenciais que não é coberta pela CONTRATADA, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

11.5.1. O valor da franquia será cobrado diretamente do CONTRATANTE em cada evento/procedimento assistencial, até o limite máximo estabelecido na Relação de procedimentos odontológicos cobertos (anexo I e II – parte integrante deste contrato). E por não ser de responsabilidade contratual da CONTRATADA, este valor será pago diretamente ao prestador pertencente a rede credenciada no ato da utilização do serviço.

11.5.2. A CONTRATADA não se responsabiliza por qualquer dano, prejuízo ou perda sofridos pelo CONTRATANTE em razão do não pagamento da Franquia.

12 – DA JUNTA ODONTOLÓGICA

12.1. Em caso de divergência odontológica a respeito da adequação da indicação clínica do profissional assistente para cirurgias, exames, procedimentos ambulatoriais, tratamentos continuados ou complementares, a definição do impasse se dará através de junta constituída pelo profissional assistente, por profissional da CONTRATADA, e por um terceiro desempatador, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 424, de 2017.

12.2. A decisão tomada pela Junta Odontológica deverá ser acatada por todas as partes e não será passível de recurso.

12.3. Uma vez instaurada a Junta, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento de que trata a Resolução Normativa RN 566, de 2022.

12.4. A Junta Odontológica poderá ser instalada ainda à distância sem a presença do paciente junto ao profissional nomeado.

12.5. A CONTRATADA poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da Junta, desde que observados os prazos de garantia de atendimento previstos na Resolução Normativa RN 566, de 2022.

12.6. No caso de prescrição de Materiais Especiais, caberá ao profissional assistente justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.

12.7. A Junta a respeito da prescrição de materiais especiais, será obrigatoriamente instaurada quando o profissional assistente não indicar as 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, ou quando a CONTRATADA discordar das marcas indicadas.

13 – DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.1. Os valores das MENSALIDADES serão cobrados pelo sistema preestabelecido, sendo o valor mensal apurado e exigido antes da garantia das coberturas odontológicas contratadas, sendo que a forma de pagamento é uma escolha do CONTRATANTE dentre as apresentadas na proposta de adesão.

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

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

13.4. Em caso de atraso no pagamento das MENSALIDADES, o CONTRATANTE deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro

índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, acrescido de honorários advocatícios em 20% sobre o valor devido e das taxas dos órgãos de proteções de crédito, quando houver atuação profissional de advogado para a recuperação extrajudicial do crédito, por força do disposto nos artigos 389, 395 e 404 do Código Civil e / ou por ocasião da negativação do contrato.

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

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

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

14 – DOS REAJUSTES

14.1. O valor da MENSALIDADE de cada BENEFICIÁRIO será reajustado anualmente de acordo com a variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado). A tabela de preço para novas adesões também sofrerá o mesmo reajuste.

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

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

15 – DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO

15.1. O presente Contrato vigorará pelo período mínimo de 24 meses, contados a partir de sua assinatura através da Proposta de Adesão ou do instrumento jurídico em si, ou a data do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

15.2. Após o período de vigência inicial, se não for denunciado pelas partes, o presente contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, vedada a cobrança de taxas ou qualquer outro valor em razão da renovação.

16 – DA RESCISÃO CONTRATUAL

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

a) Pelo atraso do CONTRATANTE, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 24 (VINTE QUATRO) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades, a CONTRATADA, ficando a seu exclusivo critério, poderá suspender

ou rescindir o contrato de plano odontológico, desde que tenha notificado por escrito o CONTRATANTE, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso (ou, se superior, respeitando sempre o prazo de 10 dias para fins de purgação da mora), cumulado ou consecutivo, podendo ainda negativar o contrato nos órgãos de proteções de crédito.

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

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

16.3. Ocorrendo a rescisão do contrato por iniciativa do CONTRATANTE antes do período de vigência inicial de 24 meses, será devido uma multa equivalente à 20% (vinte por cento) da soma total das mensalidades devidas até o término do prazo de vigência inicial.

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

17 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

17.3. A CONTRATADA não se responsabiliza por quaisquer informações ou promessas que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a CONTRATANTE e os beneficiários e que não sejam aqueles previstos neste contrato, exceto se previamente aprovados por escrito pela CONTRATADA.

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

18 – DO FORO DE ELEIÇÃO

18.. As partes elegem, como privilegiado, o foro da sede da CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

As cláusulas destas Condições Gerais foram elaboradas em consonância com às disposições da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e encontra-se devidamente registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Luís – MA

PLANO ODONTOLÓGICO

ANEXO I – COBERTURA
INDIVIDUAL / FAMILIAR – PLANO RISO CLASS II – Reg. ANS nº 495.968/23-0

Este documento é parte integrante do CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, firmado com o CONTRATANTE indicado na Proposta de adesão por ocasião da contratação.

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	**PROCEDIMENTO**	**ESPECIALIDADE**	**INTEGRAL**	**FRANQUIA**
80030520	Orientação de higiene bucal (técnica de escovação e bochecho com flúor)	Prevenção	SIM	NÃO
81000014	Condicionamento em odontologia	Odontopediatria	SIM	NÃO
81000030	Consulta odontológica	Diagnóstico	SIM	NÃO
81000049	Consulta odontológica de Urgência	Emergência	SIM	NÃO
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24h	Emergência	SIM	NÃO
81000065	Consulta odontológica inicial	Diagnóstico	SIM	NÃO
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento Odontológico	Diagnóstico	SIM	NÃO
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	Cirurgia	SIM	NÃO
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	Cirurgia	SIM	NÃO
81000294	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)	Radiologia	SIM	NÃO
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	Radiologia	SIM	NÃO
81000383	Radiografia oclusal	Radiologia	SIM	NÃO
81000421	Radiografia periapical	Radiologia	SIM	NÃO
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	Periodontia	SIM	NÃO

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	**PROCEDIMENTO**	**ESPECIALIDADE**	**INTEGRAL**	**FRANQUIA**
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxi-lofacial	Emergência	SIM	NÃO
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente Hemostático em região bucomaxi-lofacial	Emergência	SIM	NÃO
82000506	Controle pós-operatório em odontologia	Diagnóstico	SIM	NÃO
82000700	Estabilização de paciente por meio de con-tenção física e/ou mecânica	Odontopediatria	SIM	NÃO
82000816	Exodontia a retalho	Cirurgia	SIM	NÃO
82000832	Exodontia de permanente por indicação or-todôntica/protética	Cirurgia	SIM	NÃO
82000859	Exodontia de raiz residual	Cirurgia	SIM	NÃO
82000875	Exodontia simples de permanente	Cirurgia	SIM	NÃO
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucoma-xilofacial	Emergência	SIM	NÃO
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucoma-xilofacial	Emergência	SIM	NÃO
82001073	Odonto-secção	Cirurgia	SIM	NÃO
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Temporomandibular (ATM)	Emergência	SIM	NÃO
82001251	Reimplante dentário com contenção	Emergência	SIM	NÃO
82001308	Remoção de dreno extra-oral	Emergência	SIM	NÃO
82001316	Remoção de dreno intra-oral	Emergência	SIM	NÃO
82001499	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial	Emergência	SIM	NÃO
82001650	Tratamento de alveolite	Emergência	SIM	NÃO

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO	ESPECIALIDADE	INTEGRAL	FRANQUIA
83000089	Exodontia simples de decíduo	Odontopediatria	SIM	NÃO
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	Odontopediatria	SIM	NÃO
84000031	Aplicação de cariostático	Odontopediatria	SIM	NÃO
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	Odontopediatria	SIM	NÃO
84000074	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras	Odontopediatria	SIM	NÃO
84000090	Aplicação tópica de flúor	Prevenção	SIM	NÃO
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	Odontopediatria	SIM	NÃO
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	Prevenção	SIM	NÃO
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	Prevenção	SIM	NÃO
84000198	Profilaxia: polimento coronário	Prevenção	SIM	NÃO
84000201	Remineralização dentária	Odontopediatria	SIM	NÃO
84000244	Teste de fluxo salivar	Prevenção	SIM	NÃO
84000252	Teste de PH salivar	Prevenção	SIM	NÃO
85100021	Clareamento dentário caseiro	Dentística	SIM	NÃO
85100048	Colagem de fragmentos dentários	Emergência	SIM	NÃO
85100080	Restauração atraumática em dente perma-nente	Odontopediatria	SIM	NÃO
85100099	Restauração de amálgama – 1 face	Dentística	SIM	NÃO
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces	Dentística	SIM	NÃO
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces	Dentística	SIM	NÃO
85100129	Restauração de amálgama – 4 faces	Dentística	SIM	NÃO
85100137	Restauração em ionômero de vidro – 1 face	Dentística	SIM	NÃO
85100145	Restauração em ionômero de vidro – 2 faces	Dentística	SIM	NÃO

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	**PROCEDIMENTO**	**ESPECIALIDADE**	**INTEGRAL**	**FRANQUIA**
85100153	Restauração em ionômero de vidro – 3 faces	Dentística	SIM	NÃO
85100161	Restauração em ionômero de vidro – 4 faces	Dentística	SIM	NÃO
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável – 1 face	Dentística	SIM	NÃO
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável – 2 faces	Dentística	SIM	NÃO
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável – 3 faces	Dentística	SIM	NÃO
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável – 4 faces	Dentística	SIM	NÃO
85200034	Pulpectomia	Emergência	SIM	NÃO
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	Emergência	SIM	NÃO
85200131	Tratamento endodôndico de dente com rizogênese incompleta	Endodontia	SIM	NÃO
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	Endodontia	SIM	NÃO
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	Endodontia	SIM	NÃO
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	Endodontia	SIM	NÃO
85300047	Raspagem supra-gengival	Periodontia	SIM	NÃO
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	Periodontia	SIM	NÃO
85300080	Tratamento de pericoronarite	Emergência	SIM	NÃO
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	Emergência	SIM	NÃO
85400475	Reembasamento de coroa provisória	Emergência	SIM	NÃO
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	Prevenção	SIM	NÃO
87000024	Atividade educativa p/ pais e/ou cuidadores	Prevenção	SIM	NÃO

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	**PROCEDIMENTO**	**ESPECIALIDADE**	**INTEGRAL**	**FRANQUIA**
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	Odontopediatria	SIM	NÃO
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia.	Odontopediatria	SIM	NÃO
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial	Diagnóstico	NÃO	SIM
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial	Diagnóstico	NÃO	SIM
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial	Diagnóstico	NÃO	SIM
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial	Diagnóstico	NÃO	SIM
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose	Cirurgia	NÃO	SIM
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	Cirurgia	NÃO	SIM
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	Radiologia	NÃO	SIM
82000034	Alveoloplastia	Cirurgia	NÃO	SIM
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	Cirurgia	NÃO	SIM
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	Cirurgia	NÃO	SIM
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	Cirurgia	NÃO	SIM
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	Cirurgia	NÃO	SIM
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Cirurgia	NÃO	SIM
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Cirurgia	NÃO	SIM

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	**PROCEDIMENTO**	**ESPECIALIDADE**	**INTEGRAL**	**FRANQUIA**
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	Cirurgia	NÃO	SIM
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	Cirurgia	NÃO	SIM
82000190	Aprofundamento/aumento de vestíbulo	Cirurgia	NÃO	SIM
82000212	Aumento de coroa clínica	Periodontia	NÃO	SIM
82000239	Biópsia de boca	Cirurgia	NÃO	SIM
82000247	Biópsia de glândula salivar	Cirurgia	NÃO	SIM
82000255	Biópsia de lábio	Cirurgia	NÃO	SIM
82000263	Biópsia de língua	Cirurgia	NÃO	SIM
82000271	Biópsia de mandíbula	Cirurgia	NÃO	SIM
82000280	Biópsia de maxila	Cirurgia	NÃO	SIM
82000298	Bridectomia	Cirurgia	NÃO	SIM
82000301	Bridotomia	Cirurgia	NÃO	SIM
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	Periodontia	NÃO	SIM
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	Cirurgia	NÃO	SIM
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	Cirurgia	NÃO	SIM
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	Cirurgia	NÃO	SIM
82000395	Cirurgia para torus palatino Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial	Cirurgia	NÃO	SIM
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	Periodontia	NÃO	SIM
82000557	Cunha proximal	Cirurgia	NÃO	SIM
82000689	Enxerto pediculado	Periodontia	NÃO	SIM
82000743	Exérese de lipoma região bucomaxilofacial	Cirurgia	NÃO	SIM

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO	ESPECIALIDADE	INTEGRAL	FRANQUIA
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Cirurgia	NÃO	SIM
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	Cirurgia	NÃO	SIM
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	Cirurgia	NÃO	SIM
82000808	Exérese ou excisão de rânula	Cirurgia	NÃO	SIM
82000883	Frenulectomia labial	Cirurgia	NÃO	SIM
82000891	Frenulectomia lingual	Cirurgia	NÃO	SIM
82000905	Frenulotomia labial	Cirurgia	NÃO	SIM
82000913	Frenulotomia lingual	Cirurgia	NÃO	SIM
82000921	Gengivectomia	Periodontia	NÃO	SIM
82000948	Gengivoplastia	Periodontia	NÃO	SIM
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial	Cirurgia	NÃO	SIM
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	Cirurgia	NÃO	SIM
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	Cirurgia	NÃO	SIM
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	Cirurgia	NÃO	SIM
82001286	Remoção de dentes inclusos/impactados	Cirurgia	NÃO	SIM
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos/impactados	Cirurgia	NÃO	SIM
82001367	Remoção de odontoma	Cirurgia	NÃO	SIM
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buconasal	Cirurgia	NÃO	SIM
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas bucosinusal	Cirurgia	NÃO	SIM
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região bucomaxilofacial	Cirurgia	NÃO	SIM
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial	Cirurgia	NÃO	SIM

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	**PROCEDIMENTO**	**ESPECIALIDADE**	**INTEGRAL**	**FRANQUIA**
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilofacial	Cirurgia	NÃO	SIM
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial	Cirurgia	NÃO	SIM
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial	Cirurgia	NÃO	SIM
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	Cirurgia	NÃO	SIM
82001685	Tunelização	Periodontia	NÃO	SIM
82001707	Ulectomia	Cirurgia	NÃO	SIM
82001715	Ulotomia	Cirurgia	NÃO	SIM
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	Odontopediatria	NÃO	SIM
83000046	Coroa de aço em decíduo	Odontopediatria	NÃO	SIM
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Odontopediatria	NÃO	SIM
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	Odontopediatria	NÃO	SIM
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Odontopediatria	NÃO	SIM
84000171	Controle de cárie incipiente	Odontopediatria	NÃO	SIM
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	Periodontia	NÃO	SIM
85100013	Capeamento pulpar direto	Dentística	NÃO	SIM
85100056	Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose	Endodontia	NÃO	SIM
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Dentística	NÃO	SIM
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	Endodontia	NÃO	SIM
85200042	Pulpotomia	Endodontia	NÃO	SIM

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	**PROCEDIMENTO**	**ESPECIALIDADE**	**INTEGRAL**	**FRANQUIA**
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Endodontia	NÃO	SIM
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	Endodontia	NÃO	SIM
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	Endodontia	NÃO	SIM
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	Endodontia	NÃO	SIM
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	Endodontia	NÃO	SIM
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	Endodontia	NÃO	SIM
85300012	Dessensibilização dentária Enxerto gengival livre	Periodontia	NÃO	SIM
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	Periodontia	NÃO	SIM
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	Periodontia	NÃO	SIM
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (Placa Bacteriana)	Periodontia	NÃO	SIM
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA	Periodontia	NÃO	SIM
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo	Dentística	NÃO	SIM
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	Dentística	NÃO	SIM
85400076	Coroa provisória com pino	Prótese Dentária	NÃO	SIM
85400084	Coroa provisória sem pino	Prótese Dentária	NÃO	SIM
85400114	Coroa total em cerômero (Conforme diretriz da ANS, somente para dentes anteriores)	Prótese Dentária	NÃO	SIM
85400149	Coroa total metálica	Prótese Dentária	NÃO	SIM
85400211	Núcleo de preenchimento	Prótese Dentária	NÃO	SIM
85400220	Núcleo metálico fundido	Prótese Dentária	NÃO	SIM

			COBERTURA	
CÓD. TUSS	**PROCEDIMENTO**	**ESPECIALIDADE**	**INTEGRAL**	**FRANQUIA**
85400262	Pino pré fabricado	Prótese Dentária	NÃO	SIM
85400459	Provisório para restauração metálica fundida	Prótese Dentária	NÃO	SIM
85400505	Remoção de trabalho protético	Dentística	NÃO	SIM
85400556	Restauração metálica fundida	Prótese Dentária	NÃO	SIM
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	Odontopediatria	NÃO	SIM
87000059	Coroa de aço em permanente	Odontopediatria	NÃO	SIM
87000067	Coroa de policarbonato em dente perma-nente	Odontopediatria	NÃO	SIM

Permanecem válidas as demais condições estabelecidas no contrato.

ANEXO II – COBERTURAS ADICIONAIS
INDIVIDUAL / FAMILIAR – PLANO RISO CLASS II – Reg. ANS nº 495.968/23-0

Este documento é parte integrante do CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, firmado com o CONTRATANTE indicado na Proposta de adesão por ocasião da contratação.

Além das coberturas definidas como Rol Mínimo de Coberturas definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, serão disponibilizadas as coberturas adicionais abaixo relacionadas e as respectivas regras de acesso que se aplicam exclusivamente aos procedimentos listados a seguir.

CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO
85100021	Clareamento dentário caseiro

CLÁUSULA DE COBERTURA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO

Este Plano Odontológico cobre os custos da moldeira de acetato e gel clareador para Beneficiário e Dependentes, conforme descrito nesta Cláusula e sujeito aos termos e condições gerais do Plano.

Os serviços cobertos de CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO incluem a consulta inicial e avaliação, radiografias necessárias para o planejamento do clareamento, confecção das moldeiras de acetato, gel clareador e acompanhamento periódico conforme determinação do profissional responsável.

Todos os procedimentos de CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO devem ser pré-autorizados pelo Plano e só poderão ser realizados exclusivamente nos prestadores indicados. A pré-autorização será concedida com base na necessidade odontológica, conforme determinado pelo Plano.

LIMITAÇÕES TÉCNICAS E INELEGIBILIDADE PARA CLAREAMENTO DENTARIO

Nem todos os beneficiários são candidatos adequados para clareamento caseiro, Crianças até 15 anos, pessoas com periodontite, Pessoas com cárie rampante, Pessoas com sensibilidade dentinária, Gestantes e lactantes não devem ser submetidas.

A elegibilidade para o clareamento é determinada por uma avaliação clínica completa realizada exclusivamente por um dentista especialista indicado pela CONTRATADA.

Se for determinado que o beneficiário não é um candidato adequado para clareamento caseiro devido às limitações técnicas ou condições de saúde, a cobertura para CLAREAMENTO conforme descrito nesta Cláusula não será aplicável.

O beneficiário será informado de sua inelegibilidade clareamento e das alternativas de tratamento disponíveis. A decisão final sobre o tratamento a ser seguido será tomada em consulta com o beneficiário e o dentista.

Permanecem válidas as demais condições estabelecidas no contrato.