

SulAmérica Odontológico

**Individual ou Familiar
Condições Gerais**

Agosto/2017

ANS – nº 417815

Contrato nº 0063.0125.0097

Índice**SulAmérica Odontológico Individual e/ou Familiar**

1.	Qualificação da Operadora.....	2
2.	Qualificação do Contratante	2
3.	Objeto do Contrato	2
4.	Natureza do Contrato	3
5.	Tipo de Contratação	3
6.	Tipo de Segmentação Assistencial	3
7.	Área Geográfica de Abrangência	3
8.	Formação do Preço	3
9.	Registro de Plano na ANS.....	3
10.	Contratação.....	3
11.	Inclusão dos Beneficiários na Contratação	4
12.	Inclusão dos Beneficiários Dependentes	5
13.	Coberturas e Procedimentos Garantidos	5
14.	Exclusões de Cobertura	11
15.	Vigência e Condições de Renovação Automática.....	12
16.	Carências	12
17.	Urgência	13
18.	Reembolso	14
19.	Rede Credenciada	16
20.	Divergências Odontológicas.....	17
21.	Autorização Prévia	17
22.	Pagamento da Mensalidade.....	19
23.	Reajustes Anuais	19
24.	Exclusão do Beneficiário	20
25.	Cancelamento do Contrato.....	20
26.	Auditoria Clínica	21
27.	Disposições Gerais	21
28.	Foro.....	21

Sul América Odontológico S/A**Registro na ANS nº 41781-5****1. Qualificação da Operadora**

Sul América Odontológico S.A., pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o n.º 417815, classificada na modalidade Odontologia de Grupo, inscrita no CNPJ n.º11.973.134/0001-05, situada à Rua dos Pinheiros, nº 1673 - 7º andar - Ala Sul e 11º andar, Bairro Pinheiros, São Paulo, SP, CEP 05.422-012.

2. Qualificação do Contratante

Contratante é a pessoa física que manifesta sua intenção de contratação do plano de assistência odontológica, nos termos destas Condições Gerais, e que deverá apresentar cópia dos documentos listados abaixo, além, de preencher a Proposta de Adesão ao contrato odontológico por si e por seus dependentes:

- a) Nome;
- b) Filiação;
- c) Data de Nascimento;
- d) Inscrição no cadastro de pessoa física;
- e) Cédula de identidade – órgão expedidor;
- f) Endereço.

2.1 O Contratante é identificado também neste contrato como Beneficiário Titular. O Beneficiário Titular irá indicar expressamente os Beneficiários Dependentes.

2.1.1 Para inclusão dos Beneficiários Dependentes, será exigida a apresentação dos mesmos dados listados acima.

2.1.2 Beneficiário Titular e Beneficiário Dependente, neste Contrato, serão denominados simplesmente como Beneficiários.

3. Objeto do Contrato

O objeto deste Contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência odontológica pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede credenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, para a Segmentação Odontológica com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal.

4. Natureza do Contrato

Contrato de adesão, bilateral, na forma do Código Civil Brasileiro, e nos termos da Lei 9.656/98 e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estando também, subsidiariamente, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

5. Tipo de Contratação

O tipo de contratação deste contrato é plano individual ou familiar.

Plano individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de Beneficiários, pessoafísica, com ou sem grupo familiar.

6. Tipo de Segmentação Assistencial

Garantia, ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica.

7. Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Operadora, para atendimento odontológico ao Beneficiário. A abrangência geográfica deste plano, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação, é Nacional.

8. Formação do Preço

A formação do preço deste plano é preestabelecida, ou seja, o valor da mensalidade é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

9. Registro de Plano na ANS

O plano está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com o nome comercial **Odonto Mais Individual Rol Ampliado**, sob o registro nº474577159.

10. Coberturas adicionais

São as coberturas oferecidas pela Operadora denominada como **Rol Ampliado**, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica descritos a seguir.

10.1 Rol Ampliado**Diagnóstico**

- Diagnóstico e Tratamento de Trismo
- Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais
- Exame Admissional
- Teste de capacidade tampão da saliva
- Teste de contagem microbiológica

Radiologia

- Radiografia antero-posterior
- Radiografia pósterio-anterior

Odontopediatria

- Mantenedor de espaço removível

Dentística

- Tratamento de fluorose - microabrasão

Periodontia

- Manutenção Periodontal
- Sepultamento radicular

Cirurgia

- Cirurgia de cementoma
- Cirurgia de fibroma
- Curetagem apical
- Remoção de tamponamento nasal
- Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- Tracionamento de raiz residual

Endodontia

- Clareamento de dente desvitalizado
- Mumificação Pulpar

Disfunção Têmporo Mandibular

- Consulta de avaliação de DTM

11. Contratação

11.1 Este plano é destinado à pessoa física denominada Beneficiário, que poderá incluir os seus dependentes com grau de parentesco em relação ao Beneficiário Titular.

11.1.1 São Beneficiários dependentes em relação ao Beneficiário titular:

a) Cônjuge ou companheiro(a);

b) Filhos, os enteados e tutelados que são equiparados aos filhos.

11.2 Os menores de 18 (dezoito) anos de idade poderão ser Beneficiários Titulares do contrato, desde que tenham um responsável legal, podendo este não ser Beneficiário do contrato, sendo somente o responsável pela contratação do plano.

11.3 O Beneficiário Titular e o Responsável pela Contratação do Plano, em casos de Beneficiário Titular menor de 18 (dezoito) anos, serão os responsáveis pelas informações prestadas no momento da contratação do plano odontológico.

12. Inclusão dos Beneficiários Dependentes

12.1 Os Beneficiários Dependentes poderão ser incluídos no plano odontológico durante a vigência do contrato, e deverão cumprir as carências estabelecidas nestas condições gerais.

12.2 O filho adotivo menor de 12 (doze) anos poderá ser incluído no plano como Beneficiário Dependente e terá aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular e a solicitação deverá ocorrer até 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a condição de filho adotivo.

12.3 O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente poderá ser incluído no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, e terá aproveitamento dos prazos de carência cumpridos pelo titular

13. Coberturas e Procedimentos Garantidos

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a Segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vigor na data da realização do evento conforme descritos a seguir:

13.1 Diagnóstico

- Consulta odontológica inicial
- Consulta Odontológica para avaliação de Auditoria
- Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
- Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
- Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
- Diagnóstico e tratamento de halitose
- Diagnóstico e tratamento de xerostomia
- Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica

- Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
- Teste de fluxo salivar
- Teste de PH Salivar

13.2 Urgência

- Colagem de fragmentos dentários
- Consulta odontológica de Urgência
- Consulta odontológica de Urgência 24 hs
- Recimentação de trabalhos protéticos
- Reimplante dentário com contenção
- Tratamento de alveolite

13.3 Radiologia

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

13.4 Prevenção

- Aplicação tópica de flúor
- Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- Atividade educativa em saúde bucal
- Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
- Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
- Controle de biofilme (placa bacteriana)
- Profilaxia: polimento coronário

13.5 Odontopediatria

- Adequação de Meio
- Aplicação de cariostático
- Aplicação de selante - técnica invasiva
- Aplicação de selante de fósulas e fissuras
- Aplicação tópica de verniz fluoretado
- Condicionamento em Odontologia
- Controle de cárie incipiente

- Coroa de acetato em dente decíduo (DUT: Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto)
- Coroa de aço em dente decíduo(DUT: Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto)
- Coroa de policarbonato em dente decíduo(DUT: Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto)
- Exodontia simples de decíduo
- Imobilização dentária em dentes decíduos
- Pulpotomia em dente decíduo
- Remineralização
- Restauração atraumática em dente decíduo
- Restauração atraumática em dente permanente
- Tratamento endodôntico em dente decíduo

13.6 Dentística

- Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- Faceta direta em resina fotopolimerizável
- Restauração de amálgama- 1 face
- Restauração de amálgama - 2 faces
- Restauração de amálgama - 3 faces
- Restauração de amálgama - 4 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 1 face
- Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face
- Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces
- Restauração temporária / tratamento expectante

13.7 Periodontia

- Aumento de coroa clínica
- Cirurgia periodontal a retalho
- Controle pós-operatório em odontologia
- Cunha proximal
- Dessensibilização dentária
- Enxerto Gengival Livre

- Enxerto Gengival Pediculado
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Imobilização dentária em dentes permanentes
- Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
- Raspagem supra-gengival
- Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Tratamento de abscesso periodontal agudo
- Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
- Tratamento de pericoronarite

13.8 Cirurgia

- Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
- Alveoloplastia
- Amputação radicular com obturação retrógrada
- Amputação radicular sem obturação retrógrada
- Apicetomiabirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomiabirradiculares sem obturação retrógrada
- Apicetomiamultirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomiamultirradiculares sem obturação retrógrada
- Apicetomiaunirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomiaunirradiculares sem obturação retrógrada
- Aprofundamento/aumento de vestíbulo
- Biópsia de boca
- Biópsia de glândula salivar
- Biópsia de lábio
- Biópsia de língua
- Biópsia de mandíbula
- Biópsia de maxila
- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia odontológica a retalho
- Cirurgia para exostose maxilar
- Cirurgia para torus mandibular – bilateral
- Cirurgia para torus mandibular – unilateral
- Cirurgia para torus palatino
- Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial

- 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
- Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
- Exérese ou excisão de cálculo salivar
- Exérese ou excisão de cistos odontológicos
- Exérese ou excisão de mucocele
- Exérese ou excisão de rânula
- Exodontia a retalho
- Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
- Exodontia de raiz residual
- Exodontia simples de permanente
- Frenulectomia labial
- Frenulectomia lingual
- Frenulotomia labial
- Frenulotomia lingual
- Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- Marsupialização de cistos odontológicos
- Odonto-secção
- Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
- Reconstrução de sulco gengivo-labial
- Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
- Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
- Remoção de dentes inclusos / impactados
- Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
- Remoção de dreno extra-oral
- Remoção de dreno intra-oral
- Remoção de odontoma
- Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
- Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial

- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução
- Tunelização - DUT: Cobertura obrigatória em dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio.
- Ulectomia
- Ulotomia

13.9 Endodontia

- Capeamento pulpar direto
- Curativo de demora em endodontia
- Curativo endodôntico em situação de urgência
- Preparo para núcleo intrarradicular
- Pulpectomia
- Pulpotomia
- Remoção de corpo estranho intracanal
- Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
- Remoção de núcleo intrarradicular
- Retratamento endodôntico unirradicular
- Retratamento endodôntico birradicular
- Retratamento endodôntico multirradicular
- Tratamento de perfuração endodôntica
- Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
- Tratamento endodôntico unirradicular
- Tratamento endodôntico birradicular
- Tratamento endodôntico multirradicular

13.10 Prótese

- Ajuste Oclusal por acréscimo
- Coroa de acetato em dente permanente
- Coroa de aço em dente permanente
- Coroa de policarbonato em dente permanente
- Coroa provisória com pino unitária
- Coroa provisória sem pino

- Coroa total em cerômero unitária. DUT: Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.
- Coroa total metálica unitária – DUT: em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem restauração metálica fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
- Núcleo de preenchimento
- Núcleo metálico fundido
- Pino pré-fabricado
- Provisório para Restauração metálica fundida
- Remoção de trabalho protético
- Restauração metálica fundida – DUT: Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião dentista assistente: a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.
- Reembasamento de coroa provisória

13.11 Disfunção Têmporo Mandibular (DTM)

- Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)

14. Exclusões de Cobertura

Estão expressamente excluídas da cobertura deste contrato as despesas relacionadas a seguir:

- 14.1 Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS na segmentação Odontológica, vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;**
- 14.2 As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;**
- 14.3 Assistência domiciliar de qualquer natureza;**
- 14.4 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- 14.5 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**
- 14.6 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;**

- 14.7 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 14.8 Tratamento odontológico decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 14.9 Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de urgência e emergência, exames, terapia e consultas odontológicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Odontologia – CRO;
- 14.10 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 14.11 Exames não solicitados pelo Odontólogo assistente;
- 14.12 Remoções do Beneficiário;
- 14.13 Todo e qualquer atendimento médico hospitalar;
- 14.14 Todos os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS na Segmentação Odontológica, vigente à época do evento, exceto os procedimentos dispostos na cláusula 10 (Rol Ampliado) deste Contrato.

15. Vigência e Condições de Renovação Automática

- 15.1 O período inicial de vigência do contrato é de 12 (doze) meses, com início no dia do efetivo pagamento da primeira mensalidade.
- 15.2 O contrato tem renovação automática por período indeterminado, após o período inicial de vigência.
- 15.3 Quando este contrato for renovado por período indeterminado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

16. Carências

- 16.1 Os Beneficiários cumprirão os prazos de carência descritos a seguir.

16.2 Grupos de Carência

Grupo de carência 0:

24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do Beneficiário para urgências.

Grupo de carência 1:

90 (noventa) dias da data de vigência do Beneficiário para diagnóstico, radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Beneficiário para prótese constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS na segmentação odontológica, vigente à época do evento.

17. Urgência

Em odontologia, este termo é aplicável somente ao atendimento imediato, motivado por processo doloroso ou de desconforto momentâneo, decorrente ou não de acidente.

17.1 Os atendimentos de urgência previstos neste contrato são os constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS na segmentação Odontológica, vigente à época do evento, os quais são:

- Colagem de fragmentos dentários;
- Consulta odontológica de Urgência;
- Consulta odontológica de Urgência 24 hs;
- Recimentação de trabalhos protéticos;
- Reimplante dentário com contenção;
- Tratamento de alveolite.

17.2 Quando não for possível a utilização da rede credenciada dentro da área geográfica de abrangência, nos casos de urgência, fica garantido o reembolso dos procedimentos cobertos ao Beneficiário, de acordo com a Tabela SulAmérica Odontológico – TSO, a qual está registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital – SP e disponível a todos os Beneficiários no web site www.sulamerica.com.br.

17.2.1 O valor a ser reembolsado não será inferior ao valor praticado na rede credenciada.

17.2.2 O prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos em território nacional.

17.2.3 O reembolso será efetuado ao Beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento de todos os documentos originais específicos para o atendimento de urgência, conforme descrito nestas Condições Gerais.

17.2.4 Os documentos necessários para a solicitação do reembolso para os casos de urgência são:

- a) Formulário próprio da Operadora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo Prestador;
- b) Recibo original impresso do próprio dentista e/ou Nota Fiscal quitada da Clínica Odontológica que efetuou o atendimento contendo:
 - Nome completo do paciente

- Data da realização por procedimento
- Discriminação dos procedimentos realizados
- Valor cobrado por procedimento realizado (numérico e extenso)
- Carimbo com nome, CRO e assinatura do profissional
- Nome e endereço completo do prestador de serviço
- CPF para prestador pessoa física
- CNPJ para prestador pessoa jurídica

c) Documentação Clínica do Tratamento Realizado

- Radiografias iniciais e finais para tratamento de próteses, cirurgia, endodontia e cirurgias periodontais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação odontológica.
- Laudos ou relatórios descritivos emitidos pelo cirurgião dentista responsável.

17.2.4.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas odontológicas realizadas, a Operadora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

18. Reembolso

18.1 O Beneficiário Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas odontológicas cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Odontológico– TSO, a qual está registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital – SP e disponível a todos os Beneficiários no web site www.sulamerica.com.br, quando optarem por não utilizar a rede credenciada.

18.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência na rede credenciada.

18.2 O reembolso das despesas odontológicas eventualmente apresentadas pelo Beneficiário será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Beneficiário esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

18.3 Os valores a serem reembolsados não apresentam qualquer vínculo com os preços negociados pelo Beneficiário diretamente com os dentistas ou clínicas odontológicas não pertencentes à rede credenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

18.4 Tabela SulAmérica Odontológico - TSO

Os procedimentos odontológicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Odontológico – TSO que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica,. A TSO está disponível a todos os Beneficiários no web site www.sulamerica.com.br.

18.4.1 A TSO define o valor unitário de cada procedimento e está expresso em moeda corrente nacional.

18.4.1.1 O valor unitário de cada procedimento poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

18.4.1.2 O reajuste do valor de cada procedimento deverá considerar exclusivamente a variação dos custos odontológicos dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste do contrato.

18.4.2 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado da seguinte forma:

$$\begin{array}{c} \text{Valor unitário do procedimento*} \\ \times \\ \text{Quantidade de vezes que o procedimento foi realizado} \end{array}$$

* Previsto na Tabela SulAmérica Odontológico - TSO, para o procedimento realizado, de acordo com o plano.

18.5 É facultado ao Beneficiário Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias do efetivo pagamento pela Operadora.

18.6 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário pelas respectivas despesas.

18.7 A Operadora manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

18.8 Prazos para reembolso

18.8.1 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos, desde que o plano esteja vigente.

18.8.2 O reembolso será efetuado diretamente ao Beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento de todos os documentos originais específicos para cada procedimento.

18.9 Documentos necessários para reembolso das despesas odontológicas.

Os documentos necessários são:

a) Formulário próprio da Operadora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo Prestador;

b) Recibo original impresso do próprio dentista e/ou nota fiscal quitada da clínica odontológica que efetuou o atendimento contendo:

- Nome completo do paciente;
- Data de realização por procedimento;
- Discriminação dos procedimentos realizados;
- Valor cobrado por procedimento realizado (número e extenso);
- Carimbo com nome, CRO e assinatura do profissional;
- Nome e endereço completo do prestador de serviço;
- CPF para prestador pessoa física;
- CNPJ para prestador pessoa jurídica;

c) Documentação Clínica do Tratamento Realizado.

- Radiografias iniciais e finais para tratamentos de próteses, cirurgia, endodontia e cirurgias periodontais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS na segmentação Odontológica, vigente à época do evento;
- Laudos ou relatórios descritivos emitidos pelo cirurgião-dentista responsável.

18.9.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas odontológicas realizadas, a Operadora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido para reembolso.

19. Rede Credenciada

19.1 A rede credenciada consiste no conjunto de dentistas e clínicas odontológicas, opcionalmente colocados à disposição dos Beneficiários pela Operadora, para prestar atendimento odontológico de acordo com o contrato.

- 19.2** A Operadora efetuará, por conta e ordem do Beneficiário, o pagamento aos profissionais ou instituições da rede credenciada pelos serviços odontológicos cobertos realizados.
- 19.3** A rede credenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios credenciados ou da Operadora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente.
- 19.3.1** A relação contendo toda movimentação da rede credenciada estará disponível no site www.sulamerica.com.br e na Central de Serviços SulAmérica.
- 19.4** O beneficiário poderá utilizar a rede credenciada mediante a apresentação do Cartão SulAmerica Odonto, informando o número do Código de identificação SulAmérica. Em todos os casos será necessária a apresentação do documento de identidade com foto.
- 19.5** A relação da rede credenciada será disponibilizada por meio da website www.sulamerica.com.br ou ainda por meio de telefone na Central de Serviços SulAmérica.
- 19.6** O Beneficiário, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede credenciada, deverá contatar a Operadora para fins de cumprimento do quanto previsto na Resolução Normativa nº 259/11 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 19.6.1** É garantida também ao Beneficiário, a opção pela livre escolha do profissional/estabelecimento odontológico, procedendo-se dessa forma com o reembolso, nos termos e limites dispostos no item 18 dessas Condições Gerais.
- 19.7** Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede credenciada da SulAmérica no município de demanda do Beneficiário, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 259/11 da ANS.
- 20. Liberação de Atendimento**
Para a utilização dos serviços dos dentistas ou clínicas especializadas da rede credenciada será indispensável que o credenciado solicite liberação de atendimento à Operadora.
- 21. Divergências Odontológicas**
As divergências e dúvidas de natureza odontológica relacionadas aos serviços cobertos no plano serão resolvidas por junta odontológica, nos termos da legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.
- 21.1** As divergências e dúvidas de natureza odontológica sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto serão solucionadas por meio de realização de junta odontológica. A junta odontológica será formada por três profissionais: o assistente, o da Operadora e o desempatador.

- 21.2** O profissional assistente e o profissional da Operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador, sendo que o parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.
- 21.2.1** O desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento em questão, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia – CFO.
- 21.3** A Operadora deverá garantir um profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.
- 21.4** A junta odontológica deve ser composta somente por cirurgiões dentistas. Poderá integrar como desempatador um médico, se convidado, em comum acordo entre profissional assistente e o profissional da Operadora, para opinar em assuntos de sua competência.
- 21.5** A Operadora deverá notificar, simultaneamente, o profissional assistente e o beneficiário, ou seu representante legal, com documento contendo:
- a)** a identificação do profissional da Operadora responsável pela avaliação do caso;
 - b)** os motivos da divergência técnico-assistencial;
 - c)** a indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações;
 - d)** o prazo para a manifestação do profissional assistente;
 - e)** a informação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, haverá eleição pela Operadora, dentre os indicados, do cirurgião dentista desempatador;
 - f)** a informação de que o beneficiário ou cirurgião dentista assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;
 - g)** a informação de que a ausência não comunicada do beneficiário, no caso de junta presencial, desobriga a Operadora de cobrir o procedimento solicitado.
- 21.6** O profissional assistente tem o prazo de dois dias úteis, contados da data do recebimento da notificação citada no item 21.7 supra, para manter a indicação clínica ou acolher o parecer da operadora que motivou a divergência técnico-assistencial.
- 21.7** A junta deverá ser concluída com a elaboração de parecer técnico do desempatador, devendo tal parecer ser informado pela Operadora em até dois dias úteis ao beneficiário e ao profissional assistente.

21.8 Caso a indicação do parecer conclusivo seja pela não realização do procedimento, não restará caracterizada a negativa de cobertura assistencial indevida por parte da Operadora.

22. Pagamento da Mensalidade

22.1 A mensalidade a ser paga pelo Beneficiário Titular será de acordo com o número de Beneficiários inscritos no Contrato e poderá ser paga na forma disponível no momento da contratação

22.2 O vencimento da mensalidade será sempre o mesmo dia da primeira quitação. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

22.3 As inclusões de Beneficiários ocorridas após o fechamento da mensalidade serão contabilizadas no mês subsequente, conforme os valores vigentes na data da inclusão.

22.5 O valor da mensalidade em atraso será automaticamente acrescido de juros 1% (um por cento) e multa de 2% (dois por cento) ao mês, além de correção monetária.

22.6 O atraso no pagamento de qualquer mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência de contrato, e mediante comunicação ao Beneficiário até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, implicará no cancelamento do Contrato.

22.7 O pagamento da mensalidade não quita débitos anteriores.

22.8 O pagamento antecipado das mensalidades não isenta e nem reduz os prazos de carência.

22.8 Se a Operadora não identificar o pagamento de qualquer mensalidade vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validado por estabelecimento bancário.

23. Reajuste Anual

23.1 O valor da mensalidade do Contrato será reajustada anualmente de acordo com variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, correspondente ao acumulado nos 12 (doze) meses anteriores a contar da data-base de vigência inicial do Contrato, considerando a última competência publicada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

23.2 Independente da data de inclusão dos Beneficiários Dependentes, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, por ser a única data-base do Contrato.

23.3 Após aplicação do reajuste, as avaliações posteriores serão anuais e a efetiva aplicação dar-se-á após decorridos no mínimo 12 (doze) meses da aplicação do

último reajuste, salvo determinação ou autorização diversa pelo órgão governamental competente.

24. Exclusão do Beneficiário

24.1 O Beneficiário Titular ou Dependente serão excluídos do Contrato nos seguintes casos:

- a) Em caso de morte do Beneficiário. A exclusão do Beneficiário deverá ser comunicada em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança de mensalidade;**
- b) Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do plano ou da Operadora, praticadas por qualquer dos Beneficiários;**
- c) Por falta de observação e cumprimento das obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Operadora;**
- d) Por solicitação do Beneficiário Titular.**

24.2 O Beneficiário Titular poderá solicitar a sua exclusão do contrato ou de seu Dependente, nos canais de atendimento da Operadora e desde que tenha permanecido no plano, por um período mínimo de 12 (doze) meses.

24.2.1 A exclusão do Beneficiário Titular ou Dependente em período menor que 12 (doze) meses de permanência no plano, poderá ocorrer mediante o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades restantes para este Beneficiário.

24.3 A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

25. Cancelamento do Contrato

25.1 A Operadora poderá cancelar o contrato, independente de qualquer notificação ao Beneficiário, quando houver fraude comprovada.

25.2 A Operadora poderá cancelar o plano por inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, e desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

25.3 O Beneficiário Titular poderá solicitar a qualquer momento o cancelamento do contrato antes do término da vigência mínima de 12 (doze) meses, mediante o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.

- 25.3.1** A multa será calculada sobre o valor da última mensalidade, multiplicado pelos meses que faltarem para o término da vigência mínima.
- 25.3.2** A multa também será cobrada nos casos em que a Operadora cancelar o contrato por inadimplência ou fraude antes do término do período inicial de vigência, sem prejuízo da cobrança das mensalidades vencidas.
- 25.3.3** A multa deverá ser paga até a data constante na fatura.

26. Auditoria Clínica

- 26.1** Consiste em uma consulta de verificação clínica, por um dentista qualificado e indicado pela Operadora, dos tratamentos propostos ou executados por profissional habilitado, destinados a verificar o bom andamento do tratamento e padrão de qualidade.
- 26.2** A Operadora reserva-se o direito de solicitar auditoria clínica a qualquer tempo, sendo obrigatória para os Beneficiários.

27. Disposições Gerais

- 27.1** Faz parte deste contrato o cartão SulAmérica Odontológico, o Guia Prático do Usuário, o Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, além da Proposta de Adesão ao Plano.
- 27.1.1** O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC estão disponíveis para no endereço eletrônico www.sulamericaodontoindividual.com.br.
- 27.2** A Operadora poderá, através do profissional por ela designado, consultar pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, para obter informações relacionadas às coberturas deste contrato, resguardando o direito ao sigilo previsto na legislação vigente.

28. Foro

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Beneficiário para dirimir qualquer dúvida advinda do presente Contrato.