

CONTRATO Nº /2025

CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO PRIVADO - MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR.

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

MB PLANOS DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 35.490.202/0001-43, Registro ANS nº 42376-9 com sede na Rua Professor Plínio Garcez de Sena, Gleba B, Mussurunga I, Salvador - Bahia – CEP: 41490-340, neste ato representado pelo proprietário Manoel Dutra de Araújo Filho.

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

_____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____.

As partes, por estarem assim justas e contratadas, firmam o presente para os devidos fins de Direito, ao qual reger-se-á pelas seguintes cláusulas:

Cláusula primeira - DA NATUREZA E DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

1.1. Trata-se de PLANO ODONTOLÓGICO - MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR, bilateral, na forma do Código Civil Brasileiro e nos termos ao que couber no presente negócio jurídico da lei 9.656/98, Resolução Normativa 465/2021 e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, estando também, subsidiariamente, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula Segunda - DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

2.1. Garantia ao Beneficiário a cobertura dos itens constantes no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS vigente à época do evento, na segmentação Odontológica.

Cláusula Terceira - DO OBJETO

3.1. Em conformidade com o inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, o objeto do presente contrato tem por escopo 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 referenciada, nos termos e limites do seguro contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços na segmentação Odontológica, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na época do evento, para o tratamento de doenças elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, no que pertine à saúde bucal, observadas as coberturas, limites e as exclusões contratuais.

Cláusula Quarta - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO

ANS nº 424064



Rua Plínio Garcez de Sena, 07
Gleba B, Mussurunga I.
CEP 41490-340, Salvador/BA



(71) 3321-1386
3322-0537 / 3321-9050



comercial@mbplanosodontologicos.com.br
www.mbplanosodontologicos.com.br

4.1. Nos termos da legislação vigente, a área de abrangência geográfica do Plano de Benefícios é qualificada como Nacional.

Cláusula Quinta - DAS CONDIÇÕES PARA ADMISSÃO E DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

- 5.1. São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas, seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.
- 5.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:
- I- O cônjuge ou companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
 - II- O(s) filho(s) natural(is), adotivo(s), enteado(s) e/ou menor(es) tutelado(s);
 - III- O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;
 - IV- V - O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz(es); VI - Agregados;
 - V- dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade;
 - VI- O parentesco para dependentes é considerado em relação ao Beneficiário Titular;
 - VII- O(A) filho(a) natural ou adotivo(a) do Titular terá sua inclusão assegurada, isento(a) do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, observado, no que couber, os demais termos constantes neste Contrato.
 - VIII- Para a inscrição de filho(a) adotivo(a), menor de 12 (doze) anos de idade, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.
- 5.3. Após o início de vigência do Contrato poderão ser incluídos, nas mesmas condições contratadas, novos proponentes (dependentes e/ou agregados), desde que cumpridos os devidos prazos de carência.
- 5.4. Nenhuma inclusão de dependentes será válida sem a prévia aprovação da Operadora.
- 5.5. Este Contrato destina-se a assistência à saúde individual ou familiar e é oferecido com livre Adesão de familiares, respeitadas as cláusulas contratuais, sendo o contrato celebrado por intermédio do Beneficiário Titular, doravante denominado Contratante.
- 5.6. A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do responsável financeiro.
- 5.7. Para o grupo inicial a vigência respeitará o disposto neste Contrato.

5.8. Todos os Beneficiários cumprirão as carências descritas neste Contrato.

5.9. Para inclusão de dependentes após o início da vigência do contrato, será necessário que o Beneficiário Titular, envie à CONTRATADA, solicitação por formulário específico.

Cláusula Sexta - DAS INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÕES CADASTRAS

6.1. Para as inclusões posteriores ao início de vigência, a contratação se dará mediante envio de formulário de adesão à OPERADORA, onde o início de vigência será a partir do primeiro dia do mês seguinte ao recebimento, por esta, do pedido de inclusão ou do fato que gerou o direito ao Contrato, desde que satisfeitas as condições de aceitação previstas neste Contrato.

6.2. As movimentações cadastrais deverão ser informadas até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, com vigência prevista para o dia 10 (dez) do mês subsequente.

6.3. Quando as datas previstas nos itens acima coincidirem com final de semana ou feriado, as mesmas deverão ser antecipadas.

6.4. À Operadora é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento da Proposta ou da solicitação expressa de inclusão de dependentes, para aceitar, ou não, a inclusão do Proponente e/ou de dependente seu no Contrato, sendo mais que, idêntico prazo é concedido ao Proponente, que ainda não tenha utilizado quaisquer serviços odontológicos cobertos pelo Contrato, para manifestar expressamente a sua intenção de desistência, obrigando-se a Operadora neste último caso, na devolução que qualquer valor já pago, devidamente atualizado.

6.5. Durante a vigência do presente Contrato, o CONTRATANTE poderá solicitar, por escrito, a inclusão de novos Beneficiários Dependentes, os quais estarão sujeitos ao cumprimento de período de carência, nos termos deste Contrato. Todavia, estarão isentos do cumprimento de período de carência, os filhos ou cônjuge do CONTRATANTE, incluídos no prazo máximo de até 30 (trinta) dias contados, respectivamente, da data de nascimento ou da data do casamento.

6.6. Para a efetivação das inscrições indicadas no item 6.2. supra, o CONTRATANTE deverá apresentar à OPERADORA a correta documentação comprobatória de referida relação de dependência.

6.7. Nos termos do inciso VII do artigo 12, da Lei 9.656/98 e Medida Provisória 2177 - 44 artigo 12, inciso III, alínea B, é assegurado ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, menor de 12 anos do Beneficiário Titular, o aproveitamento das carências por aquele já cumpridas, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

Cláusula Sétima- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

7.1. São considerados Beneficiários aqueles indicados expressamente pelo CONTRATANTE na

Proposta de Adesão e aprovados pela OPERADORA. A aprovação está condicionada ao preenchimento dos requisitos, inclusive os documentos exigidos no presente Contrato.

- a) É considerado Beneficiário Titular, aquele indicado como tal na Proposta de Adesão
- b) São considerados Beneficiários Dependentes, aqueles que se encontram no item 5.2 indicados como tal na Proposta de Adesão.

7.2. O CONTRATANTE deverá apresentar no ato da assinatura da Proposta de Adesão, os documentos que comprovem a referida relação de dependência com o Beneficiário Dependente.

7.3. Nos termos do inciso VII do artigo 12, da Lei 9.656/98 e Medida Provisória 2177 - 44 artigo 12, inciso III, alínea B, é assegurado ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, menor de 12 anos do Beneficiário Titular, o aproveitamento das carências por aquele já cumpridas, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

7.4. O Beneficiário Titular, seu(s) Dependente(s) e agregados, serão excluídos do presente Contrato, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- a) automaticamente, em razão da extinção da relação contratual;
- b) mediante solicitação, por escrito, do mesmo;
- c) fraude comprovada;
- d) com o cancelamento do contrato; e
- e) com o não pagamento da contraprestação pecuniária, observadas as demais disposições previstas neste contrato.

7.5. Os Beneficiários Dependentes e Agregados, quando inscritos, serão excluídos do presente Contrato, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular; e
- d) sempre que cessarem as coberturas do Beneficiário Titular a que estiverem vinculados, nas hipóteses previstas neste Contrato;

7.6. 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.

- 7.7. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.
- 7.8. A OPERADORA permitirá que o Beneficiário excluído do Contrato em razão da extinção da relação de dependência, seja incluído em novo Contrato com igual cobertura, o qual deverá ser celebrado em até 30 (trinta) dias após a data de sua exclusão, para aproveitamento do período de carência já cumprido no Contrato anterior. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de novo período de carência.
- 7.9. Ressalvados os casos de fraude, as exclusões de beneficiários serão realizadas somente a pedido da CONTRATANTE até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, por meio de formulário eletrônico, sendo que o término de vigência das coberturas será o último dia do mês do recebimento do aviso pela CONTRATADA, ou a data do final de vínculo com o CONTRATANTE ou do fato que gerou o término do direito ao Plano de Odontológico.
- 7.10. O prazo de permanência dos beneficiários titulares e dependentes no contrato é de 12 (doze) meses, na hipótese de exclusão antes do referido prazo, cabe à CONTRATANTE o pagamento de multa pecuniária equivalente a 6 (seis) vezes o valor da mensalidade do respectivo beneficiário excluído, podendo a CONTRATADA ainda exigir o complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da penalidade acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.
- 7.11. A exclusão de Beneficiário falecido ocorrerá no mês seguinte ao do falecimento, desde que a OPERADORA seja comunicada, por escrito.

Cláusula Oitava - DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Estando os Beneficiários aceitos e incluídos, a OPERADORA, no prazo de até 30 (trinta) dias fornecerá à CONTRATANTE os cartões individuais de identificação que consignará o Plano Odontológico contratado, cuja apresentação acompanhada de documento de identidade válido em todo o território nacional, assegurará o acesso do Beneficiário aos serviços odontológicos credenciados.
- 8.2. Antes do recebimento do cartão, os eventos cobertos poderão ser realizados com autorização do Atendimento ao Cliente, nos limites e demais condições contratuais.

Cláusula Nona - DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 9.1. Aos Beneficiários incluídos no presente Contrato que optarem pela modalidade de plano a seguir, é assegurada a seguinte cobertura:

A) Plano Integral R\$ 40,00

- Cobertura para todos os procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9656/1998, alíneas a, b, e c; respeitando o prazo de carência previstos no inciso V, alíneas b e c;

- Cobertura do exame clínico odontológico;
- 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, conforme previsão no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;
- a cobertura dos honorários e materiais 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, de acordo com a tabela da contratada.

B) Plano Integral Plus R\$ 60,00

I - A coberturas dos itens do plano Integral, observados os prazos de carência previstos neste contrato e, serão garantidos também:

II - Tratamento e retratamento endodôntico e Prótese (bloco, coroa, pino).

C) Plano Orto Plus R\$ 130,00

I - A cobertura dos itens do plano Integral Plus, observados os prazos de carência previstos neste contrato, serão garantidos ainda:

- Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo;
- Contenção fixa - por arcada;
- Documentação Ortodôntica (5 fotos, Rx panorâmica, telerradiografia com 2 traçados, par de modelos, pasta, caixa, CD);
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- Mantenedor de espaço fixo e mantenedor de espaço removível observados os prazos de carência previstos neste contrato;
- A cobertura do Clareamento dentário caseiro será garantida somente após o término do tratamento ortodôntico;

Os Procedimentos cobertos são apenas os principais para saúde bucal e sem finalidade estética;

Cláusula Décima – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

10.1. Em qualquer hipótese, os procedimentos abaixo listados, não serão cobertos:

- As despesas que excederem os limites de cobertura do produto contratado, ou que não se relacionem com o tratamento previsto no Plano Odontológico correrão, sempre, por conta exclusiva do Beneficiário que as pagará diretamente ao prestador do atendimento.
- Salvo disposição expressa em contrário, estão excluídas da cobertura deste Plano as despesas decorrentes de:
 - a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo Plano de Saúde contratado, conforme CLÁUSULA NONA - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS e eventos não previstos no Rol de Procedimentos referente a Segmentação Odontológica da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento;
 - b) Despesas que forem despendidas pelo Beneficiário anteriormente ao início da vigência do Plano de Saúde ou durante o prazo de aquisição do direito à cobertura (carência);
 - c) Despesas hospitalares de internação clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista assistente na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- Procedimentos odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Dentista assistente ou sem que o Beneficiário apresente doença ou sintoma;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental e/ou aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório;
- Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;



- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Consultas e/ou qualquer despesa com atendimentos domiciliares;
- Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias.

10.2. Também estão excluídas das coberturas do Plano Odontológico:

- Tratamento com metais preciosos;
- Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza, ressalvadas as exceções do Rol da ANS.
- Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;
- Remoção por ambulância terrestre ou aérea;
- Clareamento ou branqueamento com finalidade estética;
- Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar;

Cláusula Décima Primeira - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

11.1. Os Beneficiários cumprirão os prazos de carência, expressamente indicados na Proposta de Adesão, contados a partir da data do aceite da Proposta de Adesão, do aceite do presente contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS	PLANO
CONSULTA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	24 HORAS	Todos
DIAGNÓSTICO	30 DIAS	Integral e Integral Plus
PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL.	30 DIAS	Integral e Integral Plus
DENTÍSTICA (CONSULTA, RESTAURAÇÃO)	30 DIAS	Integral e Integral Plus
CIRURGIA (ORAL MENOR)	30 DIAS	Integral e Integral Plus

PERIODONTIA (PROCEDIMENTOS GENGIVAIS)	30 DIAS	Integral e Integral Plus
ENDODONTIA (CANAL E RETRATAMENTO DE CANAL)	60 DIAS	Integral Plus
PRÓTESE (BLOCO, COROA, PINO)	120 DIAS	Integral Plus
RADIOLOGIA	30 DIAS	Integral e Integral Plus
ODONTOPEDIATRIA	30 DIAS	Integral e Integral Plus
ORTODONTIA	24 HORAS	Orto Plus
DEMAIS PROCEDIMENTOS PREVISTOS COBERTOS	180 DIAS	De acordo com a cobertura do seu plano.

Cláusula Décima Segunda – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO JUNTO À REDE CREDENCIADA

- 12.1. O Beneficiário será atendido por dentistas integrantes da Rede Credenciada, em conformidade com o presente Contrato, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do Beneficiário e de acordo com a disponibilidade do dentista.
- 12.2. O ônus decorrente da ausência do Beneficiário a qualquer consulta, será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista integrante da Rede Credenciada, o direito de cobrar o equivalente a 01 (uma) consulta inicial, cujo valor seguirá ao da Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE.
- 12.3.
- 12.4. No ato da consulta o beneficiário deverá apresentar um documento de identidade oficial com fotografia e o número da inscrição indicado na Proposta de Adesão.
- 12.5. Os procedimentos que requerem autorização prévia estão assim indicados na Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE.
- 12.6. A resposta à solicitação de autorização prévia será emitida pela OPERADORA no prazo máximo de 1 (um) dia útil, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, em ambos os casos após a entrega obrigatória à OPERADORA da documentação abaixo relacionada:
- a) parecer devidamente assinado pelo profissional odontólogo assistente, que demonstre o justo motivo para a realização do referido tratamento e;
- b) das radiografias e laudo que comprovem a necessidade do referido tratamento, se o caso.

- 12.7. Caso seja identificado, por uma junta formada por profissionais odontólogos, que determinado procedimento não poderá acarretar dano ou ser considerado inócuo ao Beneficiário, ficará a OPERADORA dispensada de pagar ou reembolsar ao Beneficiário os valores de tal procedimento, ainda que esteja contemplado na cobertura do Plano de Benefícios.
- 12.8. A junta de profissionais odontólogos acima referida será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por profissional odontólogo da OPERADORA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.
- 12.9. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempador será paga pela CONTRATADA.
- 12.10. Não havendo consenso na escolha do desempatador, a designação será solicitada ao Presidente de Sociedade Odontológica, sediada na localidade do atendimento que gerou a divergência
- 12.11. Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada, o Beneficiário poderá consultar a Central de Atendimento da OPERADORA, cujo número está indicado na Proposta de Adesão, ou ainda pelo sítio da OPERADORA no seguinte endereço: <https://mbplanosodontologicos.com.br/>

Cláusula Terceira - DO ATENDIMENTO E REEMBOLSO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 13.1. Entende-se como casos de urgência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica, para a supressão de dor intensa e processos hemorrágicos. E como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico, com risco de vida do paciente.
- 13.2. Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial do plano.
- 13.3. O presente Contrato garante, cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, aos atendimentos de urgência e emergência.
- 13.4. O reembolso será efetuado através de depósito bancário na conta corrente de titularidade do CONTRATANTE ou de quem este expressamente vier a indicar na Proposta de Adesão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória dos seguintes documentos, em seus originais, pelo Beneficiário à OPERADORA:
- Formulário de reembolso devidamente preenchido, disponível no site da MB



Odonto, na área restrita do cliente;

- Imagem radiográfica inicial e final;
- Recibo ou nota fiscal;
- Nome do Beneficiário atendido;
- Nome do Titular ou responsável pelo Contrato;
- Valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- Laudo descrito do atendimento realizado, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
- CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clínica;
- Data da realização do evento.
- O formulário de reembolso devidamente preenchido, deverá ser encaminhado via e-mail para financeiro@mbplanosodontologicos.com.br

13.5. A apresentação incompleta dos documentos previstos na presente cláusula, ensejará o indeferimento do reembolso, sendo que a reapresentação dos documentos incidirá em nova contagem de prazo.

13.6. O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

13.7. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a OPERADORA poderá pedir informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias, após a chegada da documentação. Isto acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias, a partir do cumprimento das solicitações, para que o reembolso possa ser efetuado.

13.8. Procedimentos de Urgência e Emergência, de acordo com o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente:

- Consulta odontológica de Urgência;
- Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo - facial;
- 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;
- Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM);
- Reimplante dentário com contenção;
- Tratamento de alveolite;
- Colagem de fragmentos dentários;
- Pulpectomia;
- Restauração temporária / tratamento expectante;
- Tratamento de pericoronarite;
- Recimentação de trabalhos protéticos;
- Consulta odontológica de Urgência 24h;
- Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região

- buco-maxilo-facial;
- Remoção de dreno extra-oral;
- Remoção de dreno intra-oral;
- Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
- Reembasamento de coroa provisória.
- Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.
- Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.
- mobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
- Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.
- Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.
- Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.
- Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.
- Urgência inespecífica.

13.9. Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos vigente à época do evento define como de urgência/emergência, relacionado à Segmentação Odontológica.

Cláusula Décima Quarta– DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

- 14.1.O Beneficiário poderá realizar tanto na Rede Credenciada como em profissionais odontólogos não integrantes da Rede Credenciada, todos os procedimentos odontológicos, desde que dentro da área de abrangência, para realização de todos os procedimentos cobertos neste Contrato e no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS.
- 14.2.Qualquer despesa somente será reembolsada respeitando-se os prazos de carência, tabela de reembolso, Unidade de Reembolso (UR), bem como os limites previstos neste Contrato.
- 14.3.As despesas decorrentes da realização de tais procedimentos serão reembolsadas pela OPERADORA de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE, sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela OPERADORA junto a sua Rede Credenciada.
- 14.4.O reembolso das despesas a que alude a presente cláusula será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à OPERADORA pelo CONTRATANTE da seguinte documentação:
- Formulário de reembolso devidamente preenchido, disponível no site da MB Odonto, na área restrita do cliente ou solicitado via e-mail;
 - Imagem radiográfica inicial e final;
 - Nota fiscal quitada contendo o nome do paciente, data da consulta, valor cobrado

(numérico e por extenso), descrição do tipo de atendimento/especialidade. Deverão constar, ainda, os dados do dentista assistente (nome, CPF, CRO especialidade, assinatura e endereço completo), facultado à MB ODONTO periciar os prontuários, resguardadas as normas éticas.

- Nome do Beneficiário atendido;
- Nome do Titular ou responsável pelo Contrato;
- Valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- Laudo descrito do atendimento realizado, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
- CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clínica;
- Data da realização do evento.
- O formulário de reembolso devidamente preenchido, deverá ser encaminhado via e-mail para financeiro@mbplanosodontologicos.com.br

14.5. A documentação acima indicada deverá estar acompanhada das radiografias iniciais e finais de todos os tratamentos e procedimentos efetuados, desde que visualizáveis radiograficamente.

14.6. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a OPERADORA poderá pedir informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias, após a chegada da documentação. Isto acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias, a partir do cumprimento das solicitações, para que o reembolso possa ser efetuado.

14.7. A OPERADORA não reembolsará as despesas pela realização dos mesmos procedimentos, ainda que cobertos pelo Plano de Benefícios, executados em desacordo com os prazos para reconfeção previstos na Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE, em uma ou mais entidades e/ou profissionais, em seu nome ou em nome de outra pessoa, seja como Titular ou Dependente.

14.8. Estando caracterizada a cobertura, a CONTRATADA efetuará o devido reembolso na conta bancária do Beneficiário titular ou do responsável financeiro se for o caso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da documentação correta e completa na CONTRATADA.

14.9. O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

Cláusula Décima Quinta- DO PREÇO, MENSALIDADE E FORMA DE PAGAMENTO

15.1. Os valores previstos para a contraprestação fixa (regime pré-estabelecido) foram definidos com base nos preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência média de utilização desses serviços e o prazo contratual.

15.2. A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

- 15.3. Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.
- 15.4. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- 15.5. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
- 15.6. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- 15.7. Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, (0,033%) ao dia, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.
- 15.8. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.
- 15.9. Se durante a vigência do presente Contrato a forma de pagamento escolhida pelo CONTRATANTE na Proposta de Adesão, for comprovadamente inviável, qualquer que seja o motivo, a OPERADORA automaticamente emitirá cobrança bancária.
- 15.10. Os valores estabelecidos pelas coberturas aqui expressas serão de:
- R\$ 40,00 PLANO INTEGRAL; R\$ 60,00 PLANO INTEGRAL PLUS e; R\$ 130,00 PLANO ORTO PLUS.**
- 15.11. O não pagamento da fatura por período superior a 15 (quinze) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, ensejará a suspensão das coberturas ora contratadas, podendo ocorrer o seu restabelecimento mediante acerto financeiro entre as partes. Após 90 (noventa) dias de inadimplência, o contrato será cancelado com a suspensão definitiva das coberturas.
- 15.12. No caso de cancelamento do contrato, nova adesão poderá ser postulada após ser feita análise e aceitação das atuais condições da elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.
- 15.13. Os eventos iniciados ou ocorridos durante o período de suspensão do atendimento não terão cobertura contratual, mesmo que a CONTRATANTE realize o pagamento da fatura e posteriormente venha solicitar a sua cobertura, caracterizando esse procedimento como cobertura excluída do contrato.



- 15.14. Caso ocorra a utilização das coberturas durante a suspensão ou após o cancelamento do CONTRATO, fica garantido à OPERADORA o direito de ressarcimento de todas as despesas incorridas pelos BENEFICIÁRIOS TITULARES ou DEPENDENTES da CONTRATANTE.
- 15.15. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, a CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à OPERADORA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de novo Cartão de Identificação, valor esse a ser incluído no documento fiscal representativo do próximo faturamento mensal, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela OPERADORA.
- 15.16. Serão cobrados com base no valor repassado pelo estabelecimento que prestou o atendimento, acrescido de 10% (dez por cento) de taxa administrativa e respectivos tributos, os atendimentos decorridos de uso indevido, quer seja por falta de devolução de toda documentação de identificação destinada ao uso dos serviços deste contrato, após a exclusão do BENEFICIÁRIO ou cancelamento do contrato; quer seja por qualquer outro serviço não contemplado nas coberturas contratadas; quer seja por eventuais serviços em curso após a rescisão do contrato.
- 15.17. A contratante é responsável pelo repasse do valor da fatura ao plano.

Cláusula Décima Sexta – DO REAJUSTE

- 16.1. O reajuste do valor da mensalidade estipulado na Proposta de Adesão ocorrerá anualmente, de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE.
- 16.2. Fica desde já pactuado que havendo permissivo legal, a referida mensalidade será reajustada na menor periodicidade legalmente permitida.
- 16.3. A OPERADORA, nos termos da legislação vigente, comunicará o percentual de reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 16.4. Caso o índice pactuado sofra descontinuidade na apuração, a OPERADORA oferecerá ao Beneficiário através de termo aditivo ao presente Contrato, um novo índice oficial divulgado por uma instituição externa. A não manifestação do Beneficiário quanto à cláusula proposta, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do referido termo aditivo, implicará na adoção, para fins de reajuste, do IGPM, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas.
- 16.5. A OPERADORA manterá por 05 (cinco) anos o comprovante de recebimento pelo CONTRATANTE da proposta de termo aditivo.
- 16.6. A OPERADORA não utiliza a faixa etária como critério para a variação do preço da mensalidade.

Cláusula Décima Sétima - DA VIGÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA



- 17.1. Este contrato terá vigência inicial de 12 (DOZE) meses, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.
- 17.2. Ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifestação do CONTRATANTE, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será renovado por prazo de 12 meses, sendo vedada no ato da renovação a recontagem de carências e a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

Cláusula Décima Oitava- DA RESCISÃO DO CONTRATO

- 18.1. O CONTRATANTE poderá rescindir o presente Contrato antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses, mediante o pagamento à OPERADORA da multa no valor correspondente a 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.
- 18.2. Caso o Contratante tenha optado pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual, na hipótese de rescisão citado no item 18.1, a quantia remanescente será devolvida com abatimento da quantia referente à multa, e acrescido do valor concedido a título de desconto.
- 18.3. A OPERADORA poderá rescindir o presente Contrato, mediante simples denúncia notificada à parte contrária, nas seguintes hipóteses:
- a) por fraude comprovada, perdendo o CONTRATANTE e seus Beneficiários, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais;
 - b) por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o 50º dia da inadimplência.
- 18.4. O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela OPERADORA, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo, ou no caso de fraude.
- 18.5. Poderá a OPERADORA extinguir contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela CONTRATANTE, para auferir vantagens próprias ou para seus BENEFICIÁRIOS, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.
- 18.6. Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.
- 18.7. Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade da OPERADORA buscar indenização pelos prejuízos que tenha ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judiciais



cabíveis.

- 18.8. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

Cláusula Nona - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 19.1. Quando o Beneficiário utilizar os serviços credenciados colocados à sua disposição, havendo cobertura, as despesas efetuadas serão pagas pela CONTRATADA diretamente à Rede Credenciada, sem desembolso para o Beneficiário, de acordo com os termos e condições previstos neste Contrato.
- 19.2. Conforme o procedimento ou especialidade, não havendo recurso credenciado disponível, ou se o Beneficiário optar por recurso não credenciado, o Beneficiário deverá utilizar o sistema de livre escolha e solicitar reembolso à CONTRATADA, dentro das condições deste contrato.
- 19.3. O Beneficiário verificará previamente a Rede Credenciada, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede CONTRATADA, marcando dia e hora para consulta.
- 19.4. As solicitações, previamente indicadas pelos dentistas assistentes no plano de tratamento, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Atendimento da CONTRATADA, sendo estipulado o prazo legal para o fornecimento da autorização de atendimento, contado da data do recebimento da solicitação.
- 19.5. A realização dos procedimentos odontológicos dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da CONTRATADA, salvo em casos de urgência e emergência.
- 19.6. A Autorização Prévia somente será efetivada pela CONTRATADA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do dentista assistente.
- 19.7. A solicitação para realização de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos poderá ser feita por médico assistente ou cirurgião-dentista, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica.
- 19.8. O Beneficiário que se utilizar de recurso não credenciado, inclusive nos casos de urgência ou emergência, deverá solicitar reembolso à CONTRATADA, que será reembolsado de acordo com a Tabela de Reembolso registrada, dentro das condições deste contrato.
- 19.9. O atendimento será prestado mediante o cartão individual de identificação do plano odontológico contratado, cuja apresentação pelo beneficiário será acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei. Está assegurado a fruição dos direitos deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo ser adotado pela CONTRATADA, sempre que necessário novo sistema operacional para melhor atendimento, quando será informado ao CONTRATANTE.
- 19.10. Considera-se uso indevido, a utilização do cartão de identificação, ou de outro documento para obter atendimento, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou



término do contrato, mesmo que na forma contratada, ou em qualquer hipótese, por terceiro que não seja beneficiário.

- 19.11. O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, seus dependentes, se houver e suas consequências.
- 19.12. O CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas a CONTRATADA, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.
- 19.13. O CONTRATANTE, mediante informação recebida do Beneficiário Titular, deverá notificar a CONTRATADA sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.
- 19.14. O CONTRATANTE e beneficiários autorizam a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde ou pelos Órgãos públicos de Saúde.
- 19.15. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da CONTRATADA com um documento de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, a Autorização Prévia da CONTRATADA para a realização do serviço.
- 19.16. Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não pertencentes à Rede.
- 19.17. A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à CONTRATADA, assinada e datada pelo cirurgião-dentista ou médico assistente do caso, e assinada também pelo beneficiário.

Cláusula vigésima- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 20.1. A OPERADORA tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de prestadores em sua Rede Credenciada, sendo certo que as informações sobre a Rede Credenciada atualizada poderá ser obtida através da Central de Atendimento, cuja ligação é gratuita e o número está indicado na Proposta de Adesão ou através do sítio <https://mbplanosodontologicos.com.br/>
- 20.2. As modificações no Contrato que não alterem as características do Plano de Benefícios Odontológicos, somente serão admitidas através de Termos de Aditamentos celebrados entre as partes.
- 20.3. Os casos omissos no presente Contrato serão resolvidos de comum acordo entre as partes.



- 20.4.A não execução imediata de qualquer dos direitos previstos no presente Contrato, por qualquer das partes, não será entendida como transação, novação e/ou renúncia de direitos, mas apenas e tão somente como ato de tolerância.
- 20.5.A CONTRATANTE declara expressamente ter recebido, neste ato, cópia do presente Contrato, o qual estabelece em linguagem clara e simples sobre todos os direitos e obrigações contratuais dos Beneficiários, as formas e condições de utilização do Plano de Benefícios, os limites de cobertura, os procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como as informações sobre os recursos disponibilizados pela OPERADORA para verificação dos integrantes da Rede Credenciada.
- 20.6.O Rol de Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site da OPERADORA.
- 20.7.O Beneficiário Titular autoriza expressamente a CONTRATADA a obter, a qualquer tempo, por intermédio do Departamento Odontológico desta, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado ou a seu Dependente Beneficiário ou Agregado, quando houver, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do Plano de Saúde.
- 20.8.O CONTRATANTE, por si e por seus Beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização do setor da assistência à saúde.
- 20.9.Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os OPERADA E CONTRATANTE podendo, se for o caso, ser objeto de aditivo ao presente Contrato.
- 20.10. A CONTRATANTE declara, neste ato, sob as penas da lei, a veracidade das informações ora prestadas, bem como declara que todas as inclusões de BENEFICIÁRIOS obedecerão às regras estabelecidas no contrato, sob pena de responsabilidade nas searas administrativa, penal e civil, por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.
- 20.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, sendo que esta mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do contrato, quando para planos de categoria inferior, e na data de vencimento da contraprestação pecuniária, para qualquer categoria.
- 20.12. Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais coberturas, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela MB ODONTO para os novos procedimentos adquiridos com esta alteração.
- 20.13. A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo BENEFICIÁRIO titular e incluirá todos os BENEFICIÁRIOS do plano anteriormente contratado.



- 20.14. A autorização, por parte da MB ODONTO, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à CONTRATANTE direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da operadora.
- 20.15. A tolerância ou a demora da MB ODONTO em exigir da CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.
- 20.16. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo(a) Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Cartão de Identificação, a Tabela de Reembolso e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
- 20.17. Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação, o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.
- 20.18. São adotadas as seguintes definições:
- a) ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo 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 médico.
 - b) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob-regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
 - c) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.
 - d) ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.
 - e) BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.
 - f) CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.
 - g) CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
 - h) CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.
 - i) CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

- j) CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- k) CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
- l) CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- m) CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.
- n) DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.
- o) EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.
- p) EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- q) FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.
- r) LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.
- s) MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.
- t) ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- u) PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- v) PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- x) PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.
- y) TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.
- z) URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

Cláusula Vigésima Primeira - DAS LIMITAÇÕES

- 21.1. Estarão cobertos os honorários dos dentistas assistentes, de acordo com as coberturas expressas neste Contrato;



21.2. Consideram-se como despesas cobertas os procedimentos contemplados no Rol de Procedimento da ANS, e realizados por profissionais legalmente habilitados pelos conselhos regionais competentes.

21.3. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Beneficiário com o dentista assistente ou entidades, mesmo quando credenciados por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do Beneficiário.

Cláusula Vigésima Segunda - DA ELEIÇÃO DE FORO

22.1. Fica eleito o Foro do domicílio do CONTRATANTE, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas deste Contrato.

DATA

MB PLANOS DE SAÚDE EIRELI
CNPJ: 35.490.202/0001-43

Contratante CPF: _____

TESTEMUNHAS

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

