

Condições Gerais do
contrato de seguro de

Assistência à Saúde – Segmentação odontológica coletivo por adesão

(a partir de 100 vidas)

 **Porto**

 **uni
clube.**
CLUBE DE BENEFÍCIOS



Sumário

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA COLETIVO POR ADESÃO (A PARTIR DE 100 VIDAS)

1.	QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA	3
2.	QUALIFICAÇÃO DA ESTIPULANTE	3
3.	COBERTURAS ADICIONAIS	4
4.	OBJETO DO CONTRATO DE SEGURO	4
5.	NATUREZA DO CONTRATO	4
6.	TIPO DE CONTRATAÇÃO	4
7.	TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	4
8.	ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	4
9.	FORMAÇÃO DE PREÇO	4
10.	PLANOS E REGISTRO ANS	4
11.	DEFINIÇÕES	5
12.	COBERTURAS DO CONTRATO	10
13.	COBERTURA NAS URGÊNCIAS	15
14.	EXCLUSÕES DE COBERTURA	16
15.	REEMBOLSO E LIMITES DE REEMBOLSO	18
16.	CARÊNCIAS	18
17.	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	18
18.	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO SEGURADO	23
19.	ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO E MANUTENÇÃO	24
20.	VIGÊNCIA DO SEGURO	25
21.	FORMAÇÃO DE PREÇO E PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL	26
22.	REAValiaÇÃO DO PRÊMIO MENSAL	27
23.	SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA	28
24.	CANCELAMENTO DO SEGURO	28
25.	EXCLUSÃO DE SEGURADO	30
26.	DISPOSIÇÕES GERAIS	31
27.	DISPOSIÇÕES FINAIS	33



1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA

PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n. 04.540.010/0001-70, classificada como, **Seguradora** Especializada em Saúde, devidamente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - sob o n. 000582.

2. QUALIFICAÇÃO DA ESTIPULANTE

2.1. É a Pessoa Jurídica, constituída na forma de sociedade civil tais como Conselhos Profissionais ou entidades de classe, sindicatos, centrais sindicais e as respectivas federações e confederações, associações profissionais legalmente constituídas, cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, caixas de assistência e fundações e entidades previstas nas Leis nº 7.395/85 e 7.398/85, identificados no Cadastro da Estipulante Coletivo por Adesão parte integrante deste contrato, que contrata o seguro odontológico, com a Seguradora e se responsabiliza pelo pagamento do prêmio mensal.**2.1.1.** A **Estipulante** fica investida dos poderes de representação do segurado perante a **Seguradora**, devendo ser encaminhadas a ela todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro contratado.

2.1.2. Cabe a **Estipulante** informar aos segurados todas as características e particularidades do Seguro Odontológico contratado.

2.1.3. Atendendo ao estabelecido na Resolução Normativa n. 529 de 02 de maio de 2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas alterações, no momento da contratação do seguro, a **Estipulante** deverá encaminhar cópia da documentação que comprove sua regularidade, de acordo com informado na cláusula **COMPROVAÇÃO DE REGULARIDADE DA ESTIPULANTE**.

2.2. A **Seguradora** é concedido o prazo de 20 (vinte) dias, para manifestação, contados a partir da data de protocolo do Cadastro da **Estipulante** devidamente assinado pelo corretor e pelo responsável da empresa, e demais documentos pertinentes ou da solicitação de inclusão de segurados, referente a análise e aceitação do contrato do seguro.

2.3. Fica reservado à **Seguradora** o direito de solicitar documentos e informações complementares para proceder a inclusão solicitada. Nessa hipótese, o prazo previsto no item acima ficará suspenso e voltará a correr quando do recebimento da documentação pleiteada.

2.4. Durante o período de análise, não haverá cobertura contratual para qualquer evento, inclusive acidente pessoal e urgência/emergência.

3. COBERTURAS ADICIONAIS

São as coberturas e benefícios oferecidos pela **Seguradora**, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica.

As coberturas adicionais, quando contempladas pelo seguro, estarão informadas no **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Coletivo por Adesão** do plano contratado, que é parte integrante deste contrato.

4. OBJETO DO CONTRATO DE SEGURO

O presente seguro tem por objetivo a cobertura de custos assistenciais aos segurados regularmente inscritos, na forma de plano privado de assistência odontológica, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/1998, que abrange a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde CID 10, bem como no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na ocasião do evento, no que se refere a saúde bucal, na forma e condições deste instrumento.

5. NATUREZA DO CONTRATO

Este seguro se caracteriza pela contratação coletiva, de adesão, bilateral e aleatória, gerando direitos e obrigações entre as partes, conforme disposto no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor.

6. TIPO DE CONTRATAÇÃO

A contratação deste seguro está em conformidade com as resoluções normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na modalidade **Coletivo por Adesão**.

7. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

O seguro previsto nestas Condições Gerais garante ao segurado nele incluído, as coberturas dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas Diretrizes de Utilização - DUT, para a segmentação odontológica.

8. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

A área geográfica de abrangência do seguro contratado é nacional.

9. FORMAÇÃO DE PREÇO

O valor do prêmio a ser pago pelo seguro contratado é pré-estabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

10. PLANOS E REGISTRO ANS

Os planos estão devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS e estão especificados no **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Coletivo por Adesão** do plano contratado, que é parte integrante deste contrato. Os planos se diferenciam quanto à rede referenciada, reembolso e coberturas.

11. DEFINIÇÕES

11.1. ACIDENTE PESSOAL ODONTOLÓGICO

Evento ocorrido em data específica, provocado por agente externo ao corpo humano, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão bucal que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento odontológico.

11.2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

É o Órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à Saúde, criado por meio da Lei 9.961 de 29/01/2000.

11.3. CONTRATO DE SEGURO

É o documento emitido pela **Seguradora**, que define e regula as relações entre a **Estipulante** e a **Seguradora**, estabelecendo os recíprocos direitos e obrigações.

11.4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

É a região onde os segurados terão atendimento odontológico do Seguro.

11.5. ATENDIMENTO ELETIVO

Termo usado para designar os atendimentos odontológicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

11.6. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

É a autorização de atendimento fornecida pela **Seguradora**, diretamente ao referenciado, com a qual o segurado poderá realizar os procedimentos contratados junto a rede referenciada, dentro dos limites previstos nestas Condições Gerais.

11.7. CARÊNCIA

Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de inclusão do segurado no seguro contratado durante o qual os segurados não têm direito às coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais.

11.8. CADASTRO DA ESTIPULANTE COLETIVO POR ADESÃO/ORÇAMENTO

Documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de aderir ao seguro, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

11.9. COBERTURA

É a garantia de custeio direto ao prestador referenciado, pela **Seguradora**, bem como do reembolso, no caso de livre escolha, das despesas do segurado, relativas à realização dos eventos e procedimentos odontológicos definidos nestas Condições Gerais.

11.10. CONSULTA

É o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas odontológicas do segurado.

11.11. COPARTICIPAÇÃO DE DESPESAS COBERTAS PELO SEGURO

É a participação na despesa assistencial a ser paga pela **Estipulante** diretamente à **Seguradora** após a realização de determinados procedimentos odontológicos pelo segurado, conforme o plano contratado.

11.12. CORRETOR DE SEGUROS

É o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a representar os segurados, angariar e promover contratos de seguros entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado. Na forma do Decreto Lei n. 73/66, o corretor é o responsável pela orientação aos segurados sobre as coberturas, obrigações e exclusões das Condições Gerais do seguro.

11.13. DOENÇA ORAL

É o evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência odontológica.

11.14. EMERGÊNCIA

São os casos em que há risco imediato à vida ou de lesão irreparável no paciente, em que há necessidade de atuação odontológica imediata, caracterizados em declaração do médico ou do cirurgião-dentista assistente.

11.15. EVENTO

É o conjunto de procedimentos e/ou serviços odontológicos realizados, em decorrência de acidente pessoal odontológico ou doença oral do segurado, para tratamento e/ou prevenção à saúde oral.

11.16. EVENTO COBERTO

É todo evento ocorrido com o segurado durante a vigência do seguro, observando-se as coberturas, exclusões e condições previstas nestas Condições Gerais.

11.17. EXAME

É o procedimento complementar solicitado pelo cirurgião-dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do segurado.

11.18. FORMAS DE CUSTEIO DO CONTRATO

De acordo com a opção da Estipulante, o custeio poderá ser:

a) Não contributário – Os segurados não participam do pagamento do prêmio mensal. Nessa hipótese, o pagamento do prêmio do seguro será de responsabilidade integral da Estipulante.

b) Contributário – Os segurados participam do pagamento do prêmio mensal total ou parcialmente.

11.19. GRUPO SEGURADO

É, em qualquer época, o conjunto de pessoas efetivamente incluídas no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

11.20. GRUPO SEGURÁVEL

Grupo de pessoas físicas, e seus dependentes, devidamente caracterizado pelo vínculo empregatício, estatutário, societário ou contratual, no caso de estagiário e menor aprendiz, mantido com a **Estipulante**.

11.21. GUIA DE LEITURA CONTRATUAL – GLC e MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - MPS

Instrumentos destinados a informar o segurado dos principais aspectos a serem observados no momento da contratação do seguro e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes.

11.22. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Mecanismo de acesso oferecido ao segurado que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes à rede referenciada do seguro contratado, mediante reembolso nos limites do plano contratado, conforme estipulado nessas Condições Gerais e **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Coletivo por Adesão**.

11.23. PLANO DE SEGURO

É o conjunto composto pelas coberturas, limites de reembolso e rede referenciada, escolhidos pela Estipulante por ocasião da contratação do Seguro e descritos no **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Coletivo por Adesão**, do plano contratado.

11.24. PRÊMIO DE SEGURO

É a importância mensal, paga antecipadamente pela **Estipulante à Seguradora**, em moeda corrente nacional, para garantir ao grupo de segurados o direito às coberturas previstas no seguro contratado.

11.25. PROCEDIMENTOS

São todos os atos odontológicos que têm por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde oral do segurado, respeitadas as coberturas deste seguro, estabelecidas nestas Condições Gerais e **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Coletivo por Adesão**, do plano contratado.

11.26. PROPONENTE

É a pessoa componente do grupo segurável que propõe a sua inclusão no seguro e que passará a ser segurado quando aceito pela **Seguradora**.

11.27. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O tratamento de dados pessoais envolvidos em razão deste Contrato deverá seguir os termos previstos no Anexo – Termo de Privacidade e Proteção de Dados.

11.28. RADIOGRAFIA INICIAL

É um exame complementar radiográfico realizado antes da execução de um procedimento.

11.29. RADIOGRAFIA FINAL

É um exame complementar radiográfico realizado após a execução de um procedimento.

11.30. REDE REFERENCIADA

É o conjunto de prestadores de serviços odontológicos legalmente habilitados para prestar atendimento aos segurados. Caso o segurado utilize a rede referenciada, o pagamento das despesas cobertas pelo plano de seguro contratado será feito pela **Seguradora** direta e, exclusivamente, aos prestadores de serviços em nome e por conta do segurado.

11.31. REEMBOLSO

É o pagamento ao segurado das despesas realizadas com tratamentos odontológicos com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Referenciada, desde que decorrentes de eventos cobertos, até os limites de valores estabelecidos para o plano de seguro contratado e previstos nas Condições Gerais e **Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Coletivo por Adesão**.

11.32. REGISTRO ANS

É o registro da **Seguradora** junto ao Órgão Regulador, bem como do plano de seguro a ser comercializado, o que não implica por parte da Autarquia incentivo ou recomendação à sua comercialização.

11.33. REMISSÃO

Garante a permanência no seguro odontológico, sem o recolhimento do prêmio mensal, dos segurados dependentes filhos solteiros até 30 (trinta) anos de idade, cônjuge ou companheiro (a) do segurado titular, no caso de falecimento deste, pelo período previsto e de acordo com as cláusulas inseridas nessas Condições Gerais.

11.33.1. O cancelamento do contrato de seguro implica na perda deste benefício.

11.34. SEGURADO

É o componente do grupo segurado, aceito e incluído no seguro, identificado como:

11.34.1. SEGURADO TITULAR

É a pessoa física com vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a Estipulante e efetivamente incluída no seguro odontológico.

11.34.2. SEGURADO DEPENDENTE

O grupo familiar do segurado titular, desde que previamente negociado pelas partes contratantes e limitado até o terceiro grau de parentesco consanguíneo (Pai, mãe, filho/filha, avô/avó, neto/neta, bisavô/bisavó, bisneto/bisneta, irmão/irmã, tio/tia, sobrinho e sobrinha), bem como até o segundo grau de parentesco por afinidade (sogra/sogra, genro/nora, padrasto/ madrasta, avô/avó, neto/neto do Cônjuge ou companheiro e cunhado ou cunhada), cônjuge ou companheiro do segurado titular.

11.35. SIMULAÇÃO E/OU FRAUDE

Entende-se como a utilização de subterfúgios, ou ainda, o engano dolosamente provocado ou indução maliciosa ao erro, bem como alegações inverídicas e omissões, de qualquer natureza, para o fim de obter vantagem ilícita, incluindo a solicitação de eventos e/ou exames desnecessários mesmo que, cobertos pelo plano.

11.36. SINISTRO

É a ocorrência do evento previsto e garantido pelo seguro contratado.

11.37. SINISTRALIDADE

Resultado da divisão do valor total das despesas ocorridas pelo total dos prêmios cobrados durante o período de apuração.

11.38. TABELA PORTO SEGURO DE ODONTOLOGIA (TPSO)

Tabela, devidamente registrada em cartório, adotada por esta **Seguradora**, que constitui-se como instrumento para a base de cálculo de reembolso das despesas efetuadas pelo segurado.

11.38.1. A TPSO define valores básicos unitários por procedimentos para honorários odontológicos.

11.38.2. A TPSO poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a segmentação odontológica, devidamente registrada no 9º Oficial de Registro de Títulos e Documentos.

11.39. UNIDADE PORTO ODONTOLÓGICO (UPO)

É o fator expresso em moeda corrente nacional que, multiplicado pelos quantitativos previstos na TPSO - determina o valor do reembolso de cada procedimento odontológico coberto pelo plano de seguro contratado. Os valores de reembolso serão revistos quando da aplicação do reajuste dos prêmios, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, vigente à época.

11.40. URGÊNCIA

Entendem-se como casos de urgência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há necessidade de atuação odontológica para supressão da dor intensa e/ou estancamento de processos hemorrágicos.

11.41. VARIAÇÃO DE CUSTOS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – VCO

Trata-se da variação dos custos dos serviços odontológicos (VCO), de administração, de comercialização, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e outras despesas incidentes na operação do seguro.

11.42. VIGÊNCIA DO CONTRATO

É o período pelo qual o contrato de seguro odontológico estará em vigor.

12. COBERTURAS DO CONTRATO

12.1. É garantido ao segurado, incluído no seguro contratado, o reembolso ou o pagamento das despesas com assistência odontológica, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), efetuadas pelos segurados nos tratamentos das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como seus respectivos procedimentos odontológicos, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época da realização do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, disponível no sítio da ANS, no endereço www.ans.gov.br de acordo com o estabelecido pela Lei n. 9.656/98 e conforme a modalidade de cobertura prevista nesta cláusula, desde que solicitados pelo cirurgião-dentista assistente e realizados em consultórios ou clínicas odontológicas:

12.1.1. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos cobertos.

12.2. De acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para a segmentação Odontológica, as coberturas obrigatórias são:

CIRURGIA ORAL MENOR

É o conjunto de procedimentos que visa a intervenção cirúrgica, ambulatorial e sob anestesia local, de elementos dentários ou lesões bucais, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- Alveoloplastia;
- Amputação radicular com obturação retrógrada;
- Amputação radicular sem obturação retrógrada;
- Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada;
- Apicectomia unirradicular sem obturação retrógrada;
- Apicectomia birradicular com obturação retrógrada;
- Apicectomia birradicular sem obturação retrógrada;
- Apicectomia multirradicular com obturação retrógrada;
- Apicectomia multirradicular sem obturação retrógrada;
- Aprofundamento/aumento de vestíbulo;
- Biópsia de boca**;
- Biópsia de glândula**;
- Biópsia de lábio **;
- Biópsia de língua**;
- Biópsia de mandíbula**;
- Biópsia de maxila**;
- Bridectomia;
- Bridotomia;
- Cirurgia para exostose maxilar;
- Cirurgia para tórus mandibular;
- Cirurgia para tórus palatino;
- Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilo facial;
- Cunha proximal;
- Exérese de lipoma na região bucomaxilo facial;
- Exérese ou excisão de cálculo salivar;
- Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila**;
- 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/lingual;
- Frenotomia/frenulotomia labia/lingual;
- Odontossecção;
- Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânula salivar;

- Punção aspirativa na região bucomaxilo facial;
- Reconstrução de sulco gengivo labial;
- Redução cruenta de fratura alveolodentária;
- Redução incruenta de fratura alveolodentária;
- Remoção de dentes inclusos/impactados;
- Remoção de dentes semi-inclusos/impactados;
- Remoção de odontoma;
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
- Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusal**;
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial**;
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial**;
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilo facial**;
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilo facial**;
- Tratamento cirúrgico para tumores benignos odontogênicos - sem reconstrução**;
- Ulectomia;
- Ulotomia.**

CLÍNICA GERAL/DENTÍSTICA

É o conjunto de procedimentos que visa a recuperação de forma e função dos dentes por meio de:

- Ajuste oclusal por acréscimo;
- 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 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;
- Tratamento restaurador atraumático**.

DIAGNÓSTICO

É o conjunto de procedimentos que visa a identificação do tratamento odontológico necessário, por meio de exame clínico, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- Condicionamento em odontologia**;
- Consulta odontológica inicial;
- Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- Controle pós-operatório em odontologia;
- Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilo facial;
- Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilo facial;
- Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilo facial;
- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilo facial;
- Teste de fluxo salivar;
- Teste de ph salivar (acidez salivar).

ENDODONTIA

É o conjunto de procedimentos que visa a reabilitação dos elementos dentários por meio de tratamento de canal, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- Pulpotomia;
- Remoção de corpo estranho intracanal;
- Remoção de núcleo intracanal;
- Retratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes;
- Retratamento endodôntico unirradicular em dentes permanentes;
- Retratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes;
- Tratamento de perfuração (radicular/câmara pulpar);
- Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
- Tratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes;
- Tratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes;
- Tratamento endodôntico unirradicular em dentes permanentes;

ODONTOPEDIATRIA

É o conjunto de procedimentos que visa o atendimento aos segurados com até 12 (doze) anos de idade, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- Adequação do meio bucal**;
- Aplicação de cariostático**;
- Aplicação tópica de flúor;
- Condicionamento em odontologia;
- Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica;
- Exodontia simples de dente decíduo;
- Restauração de ionômero de vidro 1 face;
- Restauração de ionômero de vidro 2 faces;
- Restauração de ionômero de vidro 3 faces;
- Restauração de ionômero de vidro 4 faces;

- Pulpotomia em dente decíduo;
- Remineralização dentária;
- Tratamento endodôntico em dente decíduo.
- Tratamento restaurador atraumático em dente decíduo**;
- Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final.

PERIODONTIA

É o conjunto de procedimentos que visa o tratamento das doenças da gengiva e estruturas de suporte, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- Aumento de coroa clínica;
- Cirurgia periodontal a retalho;
- Dessensibilização dentária;
- Enxerto gengival livre;
- Enxerto pediculado;
- Gengivectomia;
- Gengivoplastia;
- Imobilização dentária em dentes decíduos;
- Imobilização dentária em dentes permanentes;
- Raspagem supragengival e polimento coronário;
- Raspagem subgengival e alisamento radicular/ curetagem de bolsa periodontal;
- Tunelização**.

PREVENÇÃO

É o conjunto de procedimentos que visa a prevenção de doenças e manutenção da saúde oral, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- Aplicação de selante**;
- Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- Atividade educativa em saúde bucal;
- Atividade educativa em odontologia; para pais e/ou cuidadores;
- Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais;
- Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- Profilaxia: polimento coronário;
- Remoção dos fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana) .

PRÓTESE DENTÁRIA

É o conjunto de procedimentos que visa a substituição de dentes ausentes ou com grande perda de tecido dentário, restabelecendo a oclusão dentária incluindo características estéticas, estando cobertos pelo contrato:

- Coroa provisória com ou sem pino;

- **Reabilitação com coroa (de aço) em dente decíduo;**
- **Reabilitação com coroa de policarbonato em dente decíduo;**
- **Reabilitação com coroa (de aço) em dente permanente;**
- **Reabilitação com coroa de acetato em dente decíduo;**
- **Reabilitação com coroa de policarbonato em dente permanente;**
- **Reabilitação com coroa de acetato em dente permanente;**
- **Reabilitação com coroa total de cerômero unitária (dentes anteriores);**
- **Reabilitação com coroa total metálica unitária para dentes posteriores;**
- **Reembasamento de coroa provisória;**
- **Núcleo de preenchimento;**
- **Reabilitação com núcleo metálico fundido**;**
- **Reabilitação com núcleo pré-fabricado**;**
- **(RMF) unitária**;**
- **Remoção de trabalho protético;**
- **Provisório para restauração metálica fundida (RMF);**
- **Remoção de peça/trabalho protético;**
- **Reabilitação com restauração metálica fundida.**

RADIOLOGIA

É o conjunto de procedimentos que visa complementar o diagnóstico por meio de exames radiológicos, havendo cobertura contratual para os seguintes procedimentos:

- **Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/ periapical completo);**
- **Radiografia interproximal - bite wing;**
- **Radiologia oclusal;**
- **Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);**
- **Radiografia periapical;**
- **Técnica de localização radiográfica.**

13. COBERTURA NAS URGÊNCIAS

De acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para a segmentação Odontológica, em caso de urgência e emergências, estão garantidas aos segurados incluídos no seguro contratado as coberturas a seguir:

- **Colagem de fragmentos dentários;**
- **Consulta odontológica de urgência;**
- **Redução de luxação de ATM**;**
- **Sutura de ferida em região bucomaxilo facial**;**
- **Consulta odontológica de urgência 24 horas;**
- **Tratamento de abscesso periodontal;**
- **Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilo facial;**
- **Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região**

bucomaxilo facial;

- **Incisão e drenagem intra de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região**

bucomaxilo facial;

- **Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região**

bucomaxilo facial;

- **Pulpectomia;**
- **Recimentação de peça/trabalhos protéticos;**
- **Reimplante de dente avulsionado com contenção;**
- **Remoção de dreno intra e extraoral;**
- **Tratamento de abscesso periodontal;**
- **Tratamento de alveolite;**
- **Tratamento de periocoronarite;**
- **Tratamento de odontalgia aguda.**

14. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Salvo quando expressamente previstas nestas Condições Gerais e/ou Anexo – Características Específicas do Seguro Odontológico – Coletivo por Adesão do plano contratado, estão excluídas da cobertura deste contrato:

a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo seguro contratado, conforme cláusula COBERTURAS DO CONTRATO e eventos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento para a segmentação Odontológica;

b) Despesas que forem despendidas pelo segurado anteriormente ao início da vigência do seguro ou durante os prazos de carência.

c) Despesas hospitalares com internação clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

d) Despesas com atendimento domiciliar;

e) Repetição de qualquer serviço, salvo nos casos em que seja devidamente comprovada a necessidade;

f) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Odontológico) vigente à época do evento;

g) Procedimentos com finalidade exclusivamente estética;

- h) Tratamento com metais preciosos;**
- i) Implantes, próteses sobre implantes e transplantes de qualquer natureza;**
- j) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;**
- k) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- l) Remoções do segurado;**
- m) Tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;**
- n) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;**
- o) Fornecimento de medicamentos para tratamento, domiciliar;**
- p) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- q) Procedimentos enquadrados na especialidade de Prótese Dental que não estejam relacionados nos itens de coberturas do seguro contratado;**
- r) Quaisquer tratamentos realizados sem a prévia autorização da Seguradora, exceto nos casos de urgência e emergência;**
- s) Honorários e materiais para realização de procedimentos não listados no Rol de Procedimentos e eventos Odontológicos, mesmos quando realizados por cirurgião-dentista, vigente à época do evento;**
- t) Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;**
- u) Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de urgência, exames, terapias 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;**
- v) Aparelhos ortopédicos e ortodônticos estéticos, linguais e autoligáveis.**

15. REEMBOLSO E LIMITES DE REEMBOLSO

15.1. O seguro contratado garante o reembolso das despesas odontológicas de eventos cobertos, na modalidade de livre escolha, nos termos deste contrato de seguro, conforme abaixo:

15.2. Somente serão reembolsados os procedimentos comprovadamente realizados e pagos.

15.3. Fica assegurado que o valor do reembolso das despesas não será inferior ao valor praticado pela **Seguradora** junto a rede referenciada do respectivo plano de seguro.

15.3.1. Para fins de cálculo de reembolso das despesas cobertas, realizadas nos atendimentos de livre escolha, serão multiplicados os quantitativos previstos na TPSO pelo valor da UPO vigente na data do atendimento e aplicados os múltiplos estabelecidos no contrato, de acordo com o Anexo - Características Específicas do Seguro Odontológico - Coletivo por Adesão, do plano contratado.

15.4. Somente serão efetuados reembolsos na forma deste contrato de seguro mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Relatório do cirurgião-dentista com a descrição do tratamento realizado, especificando data, dente, face e valor unitário de cada procedimento;

b) Recibos de honorários ou nota fiscal, descrevendo os eventos a que se referem, bem como CRO e CPF do profissional que realizou o procedimento;

c) Radiografias inicial e final;

d) Quaisquer outros exames realizados pelo segurado ou documentos que esclareçam o tratamento executado;

e) Formulário de Confirmação de Atendimento devidamente preenchido, quando solicitado pela seguradora.

15.5. A **Seguradora** somente se responsabilizará pelo reembolso das despesas comprovadas por meio da apresentação dos documentos originais podendo a **seguradora**, a seu critério, aceitar o envio dos documentos por meios digitais.

15.5.1. O prazo máximo para a apresentação dos documentos para a solicitação de reembolso será de 1 (um) ano a partir da data de realização do evento.

15.5.2. Os créditos dos reembolsos serão efetuados em nome do segurado titular ou de seu responsável legal, tendo por limite o múltiplo de reembolso contratado, no

prazo de até 30 (trinta) dias a partir da entrega de todos os documentos obrigatórios descritos nestas Condições Gerais.

15.5.3. Fica assegurado à **Seguradora** o direito de solicitar documentos complementares para a avaliação do pedido de reembolso, o que acarretará a suspensão do prazo de pagamento estabelecido.

15.5.4. Não serão reembolsados os valores correspondentes a impostos recolhidos pelo prestador de serviço e consultas de retorno.

16. CARÊNCIAS

16.1. Não haverá exigência para cumprimento de prazos de carência, quando:

- a)** a inscrição do segurado no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo;
- b)** o segurado se vincular ao estipulante após o prazo descrito no item anterior e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias da data de aniversário da apólice.

16.1.1. Para as inclusões de segurados inscritos fora do prazo previsto no item acima, serão considerados os seguintes prazos de carência:

COBERTURAS	PRAZOS
Urgência/Emergência	24 horas
Diagnóstico, Radiologia, Prevenção, Odontopediatria, e Dentística	Sem carências
Endodontia e Periodontia	Sem carências
Cirurgia	Sem carências
Prótese ROL	60 dias
Ortodontia, Prótese Extra ROL e Clareamento	120 dias

16.2. O pagamento antecipado do prêmio mensal não elimina ou reduz os prazos de carência.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

17.1.1. A Seguradora é responsável pelo fornecimento do número de identificação do segurado para possibilitar a utilização dos serviços garantidos nestas Condições Gerais.

17.1.2. A Seguradora está desobrigada de prestar qualquer atendimento na hipótese de o segurado não apresentar o número de Identificação juntamente de um documento de identificação oficial.

17.1.3. A Estipulante será responsável por quaisquer ônus decorrentes da utilização após a extinção do seguro.

17.1.4 . O número de identificação será informado por ocasião da contratação do seguro, e poderá ser consultado pelo segurado nos canais de auto serviço disponibilizados pela **Seguradora**.

17.2. REDE REFERENCIADA

17.2.1. A Rede Referenciada é o conjunto de cirurgiões-dentistas e clínicas odontológicas colocados opcionalmente à disposição dos segurados pela Seguradora, para atendimento odontológico de acordo com o seguro contratado.

17.2.2. Quando o segurado recorrer à Rede Referenciada contratada, o pagamento dos serviços odontológicos será feito pela **Seguradora**, por conta e ordem do segurado, quando ficar perfeitamente caracterizada a cobertura dos serviços.

17.2.3. Para utilização dos serviços da Rede Referenciada será indispensável à apresentação do Número de identificação, acompanhado de um documento de identidade oficial com fotografia (ou o documento do responsável, se o segurado for menor de idade) e Autorização Prévia quando necessária.

17.2.4. Será disponibilizada ao segurado a relação contendo os dados dos prestadores referenciados pela Seguradora, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os segurados com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, e demais procedimentos em relação aos demais segurados.

17.2.5. A Estipulante declara que tomou conhecimento da rede referenciada dos planos contratados e está ciente e de acordo com a disponibilização da relação da rede no site da Seguradora (www.portoseguro.com.br/odonto), bem como suas atualizações, nos termos da legislação. A consulta da rede também pode ser realizada na Central de Atendimento 24 horas.

17.2.6. A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa

dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente.

17.2.7. Os serviços garantidos pelo seguro serão realizados na rede referenciada contratada, sendo que as coberturas garantidas corresponderão sempre aos procedimentos previamente contratados entre a Seguradora e o prestador de serviços odontológicos, preservado o direito do segurado de solicitar reembolso, de acordo com a Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO.

17.2.8. Fica assegurada a cobertura dos eventos previstos no contrato, mesmo quando solicitados por cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada da Seguradora.

17.2.9. A Estipulante é responsável pela comunicação de eventuais descredenciamentos da rede referenciada aos segurados inscritos no plano odontológico.

17.3. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

17.3.1. Autorização Prévia é a autorização formal da Seguradora para a realização de determinados procedimentos odontológicos solicitados pelo cirurgião-dentista.

17.3.2. É obrigatório que todos os orçamentos realizados pelos prestadores referenciados, sejam submetidos à autorização prévia da **Seguradora**, exceto para:

a) consultas de emergência e/ou urgência;

O procedimento para autorização dar-se-á por meio de solicitação via web pelo Prestador referenciado ou qualquer outro meio disponibilizado pela **Seguradora**.

17.3.3. A **Seguradora** poderá utilizar-se de um dentista avaliador, em consenso com o segurado, para esclarecimentos adicionais a respeito do tratamento solicitado pelo cirurgião-dentista assistente.

17.3.4. A solicitação para realização de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos, poderá ser feita por cirurgião-dentista referenciado ou de livre escolha do segurado, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica e cobertos pelo plano contratado.

17.3.5. A **Seguradora** poderá solicitar informações adicionais sobre a realização de despesas com consultas, exames e tratamentos sempre que julgar necessárias para a autorização do atendimento na Rede Referenciada ou para o reembolso das despesas odontológicas.

17.4. COPARTICIPAÇÃO

17.4.1. O **Estipulante** poderá optar pela coparticipação financeira, o que consiste no pagamento pela Estipulante de uma parte dos custos referentes aos procedimentos cobertos, quando realizados pelos segurados.

17.4.2. Para fins de cobrança da coparticipação, os valores ou percentuais definidos pelo **Estipulante** deverão estar indicados no orçamento.

17.4.3. Os valores ou percentuais referentes a coparticipação serão calculados de acordo com a UPO vigente na data de contratação do seguro odontológico e serão reajustados com base na Variação dos Custos dos serviços Odontológicos – VCO, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos.

17.4.4. A cobrança de coparticipação será efetuada na fatura mensal subsequente à data do pagamento do evento, acompanhada de demonstrativo de custos individuais.

17.5. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA

17.5.1. As divergências e dúvidas de natureza odontológica relacionadas aos serviços cobertos neste seguro serão dirimidas por Junta Odontológica.

17.5.2. A Junta Odontológica será realizada por 03 (três) membros: um nomeado pela **Seguradora**, outro pelo segurado, e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

17.5.3. Não havendo consenso sobre a escolha do cirurgião-dentista desempatador, sua designação será solicitada ao presidente da Associação dos Cirurgiões-dentistas ou em sua falta, a associação odontológica reconhecida oficialmente e sediada na localidade.

17.5.4. Cada parte contratante pagará os honorários do cirurgião-dentista que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga pela **Seguradora**, bem como do cirurgião-dentista do Segurado, se este for pertencente à rede referenciada.

17.6. COMPROVAÇÃO DE REGULARIDADE DA ESTIPULANTE

17.6.1. As Pessoas Jurídicas legitimadas só poderão contratar o seguro quando constituídas há pelo menos 1(um) ano.

17.6.2. No momento da contratação, a Estipulante deverá apresentar o Cadastro

Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório;

17.7. A **Seguradora** é concedida o prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de protocolo da proposta de adesão ou da solicitação expressa de inclusão de segurados dependentes, para proceder à inclusão solicitada.

17.7.1. Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar documentos e informações complementares para proceder a inclusão solicitada. Nessa hipótese, o prazo previsto no item acima ficará suspenso.

18. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO SEGURADO

18.1. A inclusão de segurados titulares elegíveis no seguro ocorrerá por meio de solicitação da **Estipulante**, acompanhada da respectiva comprovação de vínculo

18.1.1. Podem ser incluídos como segurados titulares desse seguro, aqueles que comprovem o vínculo por meio de documento com a referida instituição/entidade, desde que seja de caráter profissional, classista ou setorial com a **Estipulante**.

18.2. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

18.3. O seguro Odontológico extensivo aos segurados dependentes será sempre igual ao do segurado titular, não cabendo qualquer possibilidade de distinção de seguro dentro do mesmo grupo familiar.

18.4. A **Estipulante** poderá incluir no seguro odontológico qualquer novo segurado elegível nos termos desta cláusula, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do fato gerador da vinculação que comprove a elegibilidade da nova inclusão.

18.5. A **Estipulante**, no ato do pedido de inclusão do segurado dependente, deverá apresentar à Seguradora os documentos e informações abaixo, conforme o caso:

- a)** Cônjuge - Cópia do RG e CPF, cópia da Certidão de Casamento;
- b)** Companheiro(a) - Declaração Pública de União Estável emitida em cartório, cópia do RG e CPF do(a) mesmo(a);
- c)** Menor sob Tutela - Cópia autenticada do Termo de Guarda e cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a);
- d)** Filho(a) até 30 (trinta) anos - Cópia da Certidão de Nascimento ou RG e CPF;
- e)** Filho(a) inválido de qualquer idade - Cópia da Certidão de Invalidez do INSS e CPF;
- f)** Filho(a) adotivo - Cópia da Certidão de Guarda Definitiva ou Provisória.
- g)** Demais dependentes - Documento que comprove o vínculo familiar, desde que previamente negociado entre as partes contratantes, nos termos dessas Condições Gerais.

h) Para todos os proponentes – Endereço completo, (logradouro, complemento, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone com código DDD, Cartão Nacional de Saúde e atividade principal desenvolvida.

i) No caso de estrangeiros o RG poderá ser substituído pelo passaporte ou Carteira Civil.

18.6 A Seguradora solicitará e a **Estipulante** se compromete a fornecer, a qualquer tempo, a documentação necessária para. confirmação do vínculo do segurado com a **Estipulante** e do segurado com seu(s) dependente(s), sendo responsável pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais dos segurados exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

18.7. À Seguradora é concedido o prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de recebimento da proposta de adesão ou da solicitação expressa de inclusão de segurados dependentes para proceder à inclusão.

18.8. Ficam asseguradas:

a) A inclusão do (a) filho (a) do segurado titular, menor de 12 (doze) anos de idade, adotivo (a) ou cuja a paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo segurado titular (adotante ou que tenha reconhecido a paternidade);

18.9. Alteração do seguro

18.9.1. A solicitação de alteração de seguro de forma a aumentar os benefícios contratados poderá ser realizada a qualquer tempo e ficará condicionada a análise prévia da Seguradora, sendo passível a imputação de carência para utilização de novos benefícios.

18.9.2. A solicitação de alteração de seguro de forma a reduzir os benefícios contratados poderá ocorrer a qualquer tempo desde que, já tenha transcorrido 12 (doze) meses da última movimentação cadastral, no grupo familiar que terá o plano alterado.

18.9.3. Fica ajustado que, em sendo admitida a alteração do seguro contratado, essa incluirá todos os segurados do grupo familiar.

18.9.4. A alteração do seguro é realizada em caráter irrevogável e irretratável.

19. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO E MANUTENÇÃO

19.1. Índice mínimo de adesão é a relação entre o número de componentes do grupo segurado e o grupo segurável, expressa em percentagem.

19.2. O índice de adesão e manutenção de segurados não poderá ser inferior aos percentuais previstos na tabela abaixo:

NÚMERO DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURÁVEL		ÍNDICE MÍNIMO DE MANUTENÇÃO
DE	ATÉ	MANUTENÇÃO
100	200	100%
201	300	
301	500	
501	1000	60%
1001	5000	50%
50001	EM DIANTE	30%

19.3. Entende-se como índice de manutenção o percentual mínimo de segurados que devem permanecer no seguro contratado, considerado o grupo segurado nos últimos 6 (seis) meses de vigência contratual.

19.4. A Seguradora poderá solicitar, a qualquer momento, cópia da documentação que julgar necessária para acompanhamento do índice mínimo de manutenção.

19.5. Fica reservado o direito de a Seguradora aplicar a regra de reajuste contratual, observado o período de 12 (doze) meses, bem como de rescisão, em caso de descumprimento dos índices previstos nesta cláusula.

20. VIGÊNCIA DO SEGURO

20.1. O período de vigência mínima deste contrato será aquele definido e devidamente formalizado, no momento da contratação do seguro, e seu início se dará a partir da data informada no documento Cadastro da Estipulante.

20.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

21. FORMAÇÃO DE PREÇO E PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL

21.1. Formação de preço

21.1.1. O valor do prêmio a ser pago pelo seguro contratado é pré-estabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

21.1.2. A **Estipulante** não poderá fazer distinção quanto ao valor do prêmio entre os segurados que vierem a ser incluídos no seguro e aqueles a este já vinculados.

21.1.3. Prêmio é a quantia paga em moeda corrente nacional, mensal e antecipadamente, pela Estipulante à **Seguradora**, para resguardar o direito às coberturas previstas para o plano de seguro contratado.

21.1.4. O prêmio mensal estipulado na data de início da vigência do seguro para cada segurado titular e segurado dependente será aquele estabelecido no orçamento.

21.1.5. O valor do prêmio mensal adotado para este seguro é custo médio.

21.1.6. O valor do Prêmio mensal para todos os segurados integrantes do contrato não tem variação por faixa etária.

21.1.7. O prazo para pagamento da 1ª. (primeira) parcela, após a emissão do contrato, será de 10 (dez) dias corridos e os demais pagamentos respeitarão o dia do vencimento do contrato.

21.2. PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL

21.2.1. Os prêmios mensais deverão ser pagos, até a data do seu vencimento, nos estabelecimentos bancários ou outros locais indicados pela Seguradora. Ocorrendo o vencimento no sábado, domingo ou feriado, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

21.2.2. A Estipulante deverá comunicar à Seguradora, sempre que não acusar a disponibilização da fatura no Portal do Cliente em até 5 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento definido no ato da contratação.

21.2.3. Nenhum pagamento de prêmio será reconhecido pela Seguradora se o Estipulante não possuir comprovante do pagamento devidamente validado por estabelecimento bancário.

21.2.4. Sobre o prêmio mensal pago após a data de seu vencimento incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o seu valor original e juros de mora calculados à razão dos dias de atraso, limitados a 1% (um por cento) ao mês.

21.2.5. O pagamento de um prêmio mensal não quita prêmios anteriores nem dá ao segurado direito à cobertura objeto do seguro, caso algum prêmio de meses anteriores, não tenha sido quitado.

21.2.6. A Estipulante reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da Seguradora, o prêmio mensal pendente.

21.2.7. Caso a Estipulante deixe de apresentar, em determinado mês, documento que comprove as inclusões e exclusões de segurados, bem como solicitação de alterações, até o 20º (vigésimo) dia anterior à data de vencimento da fatura, a Seguradora fica autorizada a emitir fatura com base no grupo segurado do mês anterior.

21.2.8. O prêmio referente às inclusões, quando aceitas pela Seguradora, não será cobrado pró-rata dia, exceto nos casos que forem negociados previamente.

21.2.9. O pagamento integral da fatura mensal é de responsabilidade da Estipulante.

22. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL

22.1. O prêmio mensal da apólice será reajustado cumulativo ou isoladamente no mês de aniversário do contrato, considerando:

22.1.1. a variação dos custos dos serviços odontológicos, dos preços dos insumos utilizados na prestação destes mesmos serviços e dos custos administrativos;

22.1.2. a variação da sinistralidade, se superior a 60% (sessenta por cento), cujo cálculo seguirá a seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO AJUSTADO} = \frac{\text{PRÊMIO ATUAL} \times \left[\frac{\text{SINISTRO OCORRIDO - CO-PARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS - IOF}} \right]}{0,60}$$

$$\text{Sendo que: } \left[\frac{\text{SINISTRO OCORRIDO - CO-PARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS - IOF}} \right] = \text{SINISTRALIDADE}$$

22.2. A reavaliação do prêmio mensal considera os sinistros e prêmios de todos os segurados vigentes. A primeira avaliação ocorrerá após decorridos 3 (três) meses de vigência do contrato e as reavaliações posteriores ocorrerão trimestralmente, considerando sempre os 12 (doze) meses de vigência da apólice, exceto no primeiro ano de vigência do contrato, onde será analisada a variação da sinistralidade apurada do 3º (terceiro) ao 12º (décimo segundo) mês.

22.3. Quando for verificada a ocorrência de alteração sensível na constituição do grupo segurado e se esta resultar em diferença percentual superior a 5% será reajustado o prêmio de acordo com o prêmio médio comercializado. A identificação da diferença percentual ocorrerá seguindo a fórmula abaixo:

$$\text{DIFERENÇA PERCENTUAL} = \left[\frac{\text{PMC} - 1}{\text{PMV}} \right] \times 100$$

Sendo que:

PMC = Prêmio Médio Comercializado na data de avaliação

PMV = Prêmio Médio Vigente na data de avaliação

O Prêmio Médio Comercializado (PMC) corresponde ao número de vidas vigentes à época da avaliação

22.4. A Seguradora comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS todos os reajustes aplicados na apólice de seguro observando o prazo legal.

23. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA

23.1. Decorrido o prazo de vencimento do prêmio mensal, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, as coberturas do contrato ficarão automaticamente suspensas, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, responsabilizando-se a **Estipulante** pelas despesas ocorridas durante o período de suspensão.

23.2. Ocorrendo a suspensão das coberturas, os prêmios devidos podem ser pagos até o 30º (trigésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, hipótese em que a cobertura será reativada para os eventos ocorridos após a compensação bancária, que ocorrerá em até 3 (três) dias úteis a contar do pagamento do prêmio.

23.3. Na hipótese de reativação da cobertura do seguro pela regularização do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, não haverá cobertura para qualquer tratamento ou serviço, ocorrido ou iniciado durante o período de suspensão da cobertura, mesmo que o tratamento venha a ser concluído após a regularização do pagamento.

23.4. Decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o contrato estará automaticamente cancelado.

24. CANCELAMENTO DO SEGURO

24.1. Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, o contrato de seguro será cancelado, independentemente de interpelação judicial, sem indenização ou devolução dos prêmios pagos a Estipulante, nas seguintes situações:

- a) caso o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, conforme estabelecido no artigo 766 do Código Civil;
- b) por iniciativa da Seguradora, que poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- c) quando o número de vidas que compõe o Grupo Segurado for inferior aos percentuais de manutenção estabelecidos nestas Condições Gerais ou quando a composição do grupo segurado ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações, que tornem inviáveis a sua manutenção pela Seguradora e que não haja acordo para reajuste dos prêmios.
- d) imotivadamente, por iniciativa da Seguradora ou da Estipulante com 60 (sessenta) dias de aviso prévio. Neste caso não serão admitidas movimentações no seguro, no período de aviso prévio;
- e) Quando constatada a distribuição da ação ou a decretação de falência ou de liquidação judicial/extrajudicial em face do Estipulante, bem como a constatação do encerramento das atividades da empresa.

24.2. Na hipótese de cancelamento imotivado do contrato por iniciativa da Estipulante ou da Seguradora, antes de decorrido o prazo mínimo de vigência definido na contratação do seguro, a parte que originou o cancelamento ficará responsável pelo pagamento de multa rescisória no montante de 50% (cinquenta por cento) da soma das mensalidades vincendas para o término do prazo mínimo de vigência. Neste caso, reconhecerá o referido montante como dívida líquida, certa, definitiva e irretroatável, permanecendo como responsável por seu pagamento à parte contrária, mesmo após o encerramento do contrato, podendo este instrumento ser utilizado para propositura de ação de execução.

24.2.1 A multa será calculada sobre o valor da última mensalidade emitida, multiplicado pelos meses que faltarem para o término da vigência mínima e deverá ser paga até a data constante na fatura.

24.3. A penalidade prevista nesta cláusula também será devida em caso de rescisão contratual por inadimplência, de contrato com vigência inferior a definida na contratação do seguro.

24.4. Fica estabelecido que uma vez denunciado o contrato, não serão efetuadas movimentações cadastrais de exclusões sem justo motivo, assim entendidas todas as exclusões que não configurem perda do vínculo do segurado ou por solicitação do próprio Segurado titular, nos termos da legislação vigente.

25. EXCLUSÃO DE SEGURADO

25.1. A perda da qualidade de segurado poderá ocorrer nas seguintes situações:

25.1.1. EXCLUSÃO DO SEGURADO TITULAR:

- a) Quando a Estipulante solicitar por meio de formulário próprio a sua exclusão;**
- b) Não ocorrendo o pagamento dos prêmios mensais por parte do segurado, decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a Estipulante poderá solicitar a exclusão do segurado titular;**
- c) Por solicitação do próprio Segurado titular, nos termos da legislação vigente;**
- d) Pelo término do vínculo com a Estipulante;**
- e) Pelo cancelamento do presente Contrato;**
- f) Por fraude praticada pelo segurado titular, ou inobservância das obrigações estabelecidas por lei ou nestas Condições Gerais.**

25.1.2. EXCLUSÃO DE SEGURADO DEPENDENTE

- a) Pela perda da condição de dependência;**
- b) Por solicitação do Segurado Titular, nos termos da legislação vigente;**
- c) Pela exclusão do segurado titular;**
- d) Por fraude praticada pelo segurado dependente ou inobservância das obrigações estabelecidas por Lei ou nestas Condições Gerais.**
- e) Pelo cancelamento do presente contrato.**

25.1.3. A Seguradora só poderá excluir ou suspender a assistência odontológica, dos segurados, sem a anuência da Estipulante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;**
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência**

25.2. Na hipótese de solicitação de cancelamento do seguro do titular ou dependente pela Estipulante ou pelo próprio segurado, antes de decorrido

o prazo mínimo de vigência definido na contratação do seguro, contados do início de vigência individual do segurado, a Estipulante será responsável pelo pagamento do valor total das parcelas vincendas até completar o prazo mínimo de vigência, correspondente a cada segurado cancelado.

25.3. Quando do cancelamento do contrato, seja qual for o motivo, caberá a **Estipulante** assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de eventos/tratamentos, penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, que envolvam os segurados incluídos no seguro contratado, após a rescisão do contrato, obrigando-se a ressarcir a **Seguradora** de todos os valores que esta venha a despende.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. CLÁUSULA ADICIONAL PARA REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIO AOS SEGURADOS DEPENDENTES DO SEGURADO TITULAR FALECIDO

26.1.1. OBJETO

Fica assegurada, aos segurados dependentes incluídos no seguro, a manutenção do seguro contratado, em caso de falecimento do segurado titular, pelo prazo de 01 (um) ano, sem pagamento de prêmios, desde que o contrato de seguro coletivo por adesão esteja vigente e que não tenha prêmio pendente.

26.1.2. BENEFICIÁRIOS

Para fins de validade desta cláusula, são considerados segurados dependentes, desde que cumprido o prazo para concessão e enquanto mantiverem sua condição de dependência as pessoas adiante descritas:

- a) cônjuge ou companheiro (a);**
- b) filhos solteiros menores de 30 (trinta) anos de idade;**
- c) filhos inválidos de qualquer idade.**

26.1.3. COBERTURAS E LIMITES

Ficam mantidas as coberturas e limites do seguro contratado no qual os segurados dependentes estiverem incluídos na data de início de vigência desta cláusula adicional.

26.1.4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Está excluída a garantia da cobertura desta cláusula de remissão se o falecimento do segurado titular for decorrente dos seguintes eventos:

- a) suicídio ou qualquer ato ilícito devidamente comprovado;**

- b) simulação e/ou fraude;**
- c) ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do segurado e sem necessidade justificada;**
- d) atos ou operações de guerra, tumultos ou outras perturbações da ordem pública quando declarados por autoridade competente;**
- e) atividades esportivas e/ou profissionais de alto risco;**
- f) radiação e/ou emissão nuclear ou ionizante;**
- g) envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população quando declarados por autoridade competente;**

26.1.5. PRAZO PARA CONCESSÃO DA REMISSÃO

O prazo estabelecido para entrada em vigor da cobertura de remissão prevista nesta cláusula é de 180 (cento e oitenta) dias contados da data de início de vigência do seguro e anteriores à data do falecimento do segurado titular, exceto nos casos de morte por acidente pessoal devidamente comprovado.

26.1.6. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INÍCIO DA VIGÊNCIA DA REMISSÃO

Deverão ser apresentados os documentos abaixo para fins de fruição do benefício estabelecido nesta cláusula:

- a) solicitação por escrito à Seguradora, requerendo a cobertura de remissão;**
- b) cópia da certidão de óbito do segurado titular;**
- c) cópia de documentos que comprovem a relação de dependência dos segurados dependentes para com o segurado titular;**
- d) cópia do boletim de ocorrência, quando se tratar de morte acidental.**

Os documentos anteriormente mencionados não são taxativos, podendo a Seguradora, a qualquer tempo, solicitar cópia de qualquer documentação que julgar necessária.

26.1.7. VIGÊNCIA

A vigência da cobertura de remissão terá início a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da comunicação à **Seguradora** do falecimento do segurado titular, acompanhada da documentação solicitada nesta cláusula e desde que o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura por este seguro.

Para validade desta cobertura adicional, a solicitação para remissão de pagamento de prêmio dos segurados dependentes do segurado titular falecido deve ocorrer em até 30 (trinta) dias contados da data de óbito deste.

Esta cobertura cessará automaticamente nas seguintes situações:

- a) quando o segurado dependente perder a condição de dependência;**
- b) quando ocorrerem quaisquer das situações retratadas nas Condições Gerais como causa de Cancelamento do contrato de Seguro;**
- c) no último dia do período definido no Objeto desta cláusula adicional.**

Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações no contrato de seguro.

26.1.8. Permanecem inalteradas todas as cláusulas e itens das Condições Gerais constantes deste seguro, não alteradas expressamente por esta cláusula.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1. São partes integrantes do contrato, para os devidos fins, as Condições Gerais, o Anexo - Características Específicas do Seguro Odontológico – Coletivo por Adesão referente ao Plano contratado, o Orçamento, a Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO, o Aditamento Contratual (se houver), o Guia de Leitura Contratual e o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde.

27.2. O segurado tem ciência e permite que a **Seguradora**, por meio de um profissional cirurgião-dentista indicado por ela, consulte qualquer entidade de direito público ou privado, pessoas físicas ou jurídicas, com objetivo de obter informações relacionadas à cobertura deste seguro.

27.3. As informações de natureza médica/odontológica que a **Seguradora** venha a ter acesso, em razão da assistência odontológica prestada por cirurgiões dentistas, clínicas e laboratórios aos segurados cobertos pelo plano contratado, ficarão sob a égide da legislação concernente ao sigilo odontológico/médico.

27.4. As comunicações da **Estipulante** somente serão válidas quando feitas por escrito.

27.5. As comunicações feitas à **Seguradora** por um Corretor de Seguros, em nome da Estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte da Estipulante.

27.6. A partir do 1º (primeiro) dia de cancelamento do Seguro, cessa para todos os efeitos legais a responsabilidade da **Seguradora** pelos atendimentos, passando imediatamente à responsabilidade da **Estipulante** todas as despesas devidas após esta data.

27.7. Fica reservada a **Seguradora** a possibilidade de solicitar ao segurado a realização de exames ou perícia para esclarecimentos/orientações complementares quanto aos procedimentos solicitados pelo cirurgião-dentista.

27.8. A realização de perícia ou exame previsto nesta cláusula observará os prazos de garantias de atendimentos previstos nos normativos vigentes.

27.9 Nenhuma responsabilidade caberá a **Seguradora** por atos profissionais dolosos, culposos ou acidentais, danosos ao Segurado, resultantes de procedimentos odontológicos, prestados em consultórios, clínicas ou serviços congêneres utilizados pelo Segurado.

27.10. A **Seguradora** poderá a qualquer tempo substituir/cancelar o referenciamento de cirurgiões-dentistas, clínicas e serviços, bem como nomear novos prestadores a seu exclusivo critério, respeitando os critérios estabelecidos pela legislação vigente.

27.11. A **Estipulante** autoriza a **Seguradora** a utilizar a título gratuito, durante a vigência do contrato, o seu nome e logotipo em materiais de divulgação que façam menção a **Estipulante** como integrante da carteira de clientes da Seguradora.

27.12. Independentemente do cancelamento do contrato, fica ressalvada a Seguradora do direito de cobrar os prêmios vencidos que não foram pagos pela **Estipulante** durante a vigência do seguro.

27.13. As despesas assistenciais efetuadas indevidamente conforme descrito anteriormente, terão acréscimo de 12% (doze por cento) relativo à taxa administrativa e serão corrigidas pela **Seguradora** pelo índice da Taxa Referência - TR, ou índice que venha a substituí-la, desde a data do desembolso pela **Seguradora** até a data do seu ressarcimento pela Estipulante.

27.14. A **Estipulante** reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da **Seguradora**, qualquer atendimento prestado a seus segurados, bem como, quando contratado, o pagamento da coparticipação devida, após o cancelamento do Seguro ou a exclusão do Segurado.

27.15. A **Estipulante** autoriza ainda, a **Seguradora** a emitir e debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente às eventuais despesas ocorridas, independentemente dos mecanismos a que a Estipulante tenha que recorrer objetivando recuperá-las posteriormente junto aos Segurados, mesmo após o término da vigência do contrato de Seguro.

27.16. A cobertura dos segurados dependentes cessará concomitantemente com a do segurado titular quando se verificar qualquer das hipóteses previstas nos itens

anteriores ou quando perderem a condição de dependência caracterizada nessas condições gerais.

27.17. A Estipulante na qualidade de representante dos seus segurados perante a Seguradora, decorrente do contrato de seguro, se responsabiliza pelo pagamento das despesas sem cobertura contratual, custeadas pela Seguradora por força de processo judicial e/ou administrativo, inclusive na hipótese em que o contrato estiver cancelado.

27.18. Na hipótese de cancelamento do contrato, por qualquer motivo, a **Estipulante** é responsável pela transferência de todos os segurados titulares, dependentes, ativos para o novo contrato de plano de assistência odontológica.

27.18.1. O descumprimento desta cláusula sujeitará a **Estipulante** ao pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridas pela Porto Seguro - Seguro Saúde S/A.

27.19. A **Estipulante** e/ou **Corretor** manterá em seu poder e fornecerá à **Seguradora** quando solicitado, independentemente do motivo, no prazo de 03 (três) dias úteis, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, seja via web, seja por entrega de dados diretamente na **Seguradora**, em conformidade com o dispositivo nas Condições Gerais, sob pena de bloqueio do acesso da cobertura ao grupo segurado e do ressarcimento à **Seguradora** dos valores referentes a eventuais multas pecuniárias decorrentes de autuação por parte da ANS em virtude da ausência destes dados, ainda que o contrato esteja cancelado.

27.20. As partes têm justo e contratado na melhor forma de direito, que na hipótese de alteração dos normativos vigentes, este seguro será automaticamente adequado.

27.21. As cláusulas destas Condições Gerais poderão ser revistas e alteradas por mútuo acordo entre as partes, mediante a assinatura do instrumento de aditamento.

28. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio da Estipulante para dirimir quaisquer dúvidas a respeito do contrato.

ANEXO – TERMO DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

Em razão da preocupação da Porto Seguro com os seus clientes e parceiros, é preciso ressaltar que as melhores práticas de mercado são adotadas em cumprimento aos Termos e Condições de Tratamento de Dados Pessoais expostos na [LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados](#).

Desta forma, a Porto Seguro traz de maneira clara e precisa em sua Política de Privacidade, o modo de tratamento de dados pessoais, bem como a forma de coleta dos dados, enquadramento legal, formato de compartilhamento de dados e informações de contato do DPO, disponível em www.portoseguro.com.br/politica-de-privacidade.

Por isso, as partes deste instrumento declaram ciência às cláusulas expostas a seguir:

	<p>As Partes se obrigam a garantir o cumprimento integral à Lei Geral de Proteção de Dados e adotar políticas de boas práticas de governança, que assegurem a segurança nos procedimentos de tratamentos de dados pessoais, para garantir a integridade, confidencialidade e disponibilidade, de acordo com as regras da organização, incluindo as obrigações de ações educativas aos agentes de tratamento, bem como mecanismos internos de supervisão e mitigação de riscos.</p>
	<p>Em suas operações e negócios, cada parte será responsável pelas medidas a serem adotadas em casos de incidentes de segurança que afetem dados pessoais e que possuam relação direta com este contrato, nos termos da legislação, devendo ocorrer cooperação mútua em casos de incidentes que possam acarretar risco ou dano relevante aos titulares.</p>
	<p>Em caso de conhecimento ou suspeita de qualquer incidente de segurança que possa comprometer a integridade, confidencialidade e/ou disponibilidade de qualquer dado pessoal vinculado à esta relação contratual, a Parte responsável deverá tratar de acordo com os requisitos exigidos pela Legislação atual.</p>
	<p>Cada parte se obriga a tratar os dados pessoais dentro das especificidades acordadas, incluindo o dever de comunicar os titulares sobre os termos previstos em Política de Privacidade, com a garantia dos padrões de segurança e controle restrito aos acessos, manipulação e compartilhamento, para garantir a inviolabilidade aos dados pessoais.</p>
	<p>Em casos de penalidades decorrentes ao descumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, as partes acordam em cooperar mutuamente em eventual defesa, indenização ou sanção, no limite de sua responsabilidade.</p>

IMPORTANTE: Nesta relação, cada parte atua como Controlador independente e responsável pelo tratamento dos dados pessoais envolvidos, nos termos do art. 5, inciso VI da LGPD, existindo autonomia para seguir sua política de privacidade interna, desde que em conformidade com a legislação vigente.