Contrato de Plano Odontológico - Plano Individual ou Familiar - que entre si fazem, de um lado, **ODONTOPREV S.A.**, Operadora de Planos Exclusivamente Odontológicos, com sede no Município de Barueri, no Estado de São Paulo, na Avenida Marcos Penteado de Ulhôa Rodrigues, nº 939, 14º andar – Tamboré - CEP 06460-040, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 58.119.199/0001-51, registrada no Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo sob o n.º 2728 e na ANS sob o nº 30.194-9 e classificada como Odontologia de Grupo, daqui por diante denominada **OPERADORA**, e o **CONTRATANTE**, qualificado na Proposta de Adesão, sendo Beneficiários somente as pessoas por este indicadas, regendo-se de acordo com as seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira – DO OBJETO

1.1. O presente Contrato, de prestação continuada, tem por objeto a cobertura de custos pela **OPERADORA** das despesas com os procedimentos odontológicos prestados, por odontólogos integrantes de sua Rede Credenciada, ou mediante livre escolha de profissionais odontólogos, aos Beneficiários indicados na Proposta de Adesão, de acordo com as coberturas estabelecidas no presente Contrato, visando ainda a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, observando-se o Rol de Procedimentos editado pela ANS vigente à época do evento, em atenção ao que estabelece a Lei nº 9.656/1998.

1.2. A Proposta de Adesão, a Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE e os demais documentos necessários à operação deste Plano de Benefícios fazem parte integrante do presente Contrato.

Cláusula Segunda – DA NATUREZA DO CONTRATO

2.1. Trata-se de contrato de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, inclusive a obrigação de pagar a mensalidade, independentemente da utilização do Plano de Benefícios, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula Terceira – DAS DEFINIÇÕES

3.1. Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

Contrato de Plano Odontológico: instrumento celebrado entre a **OPERADORA** e o **CONTRATANTE**, que tem por finalidade garantir a assistência odontológica pela **OPERADORA** ao **CONTRATANTE** e aos Beneficiários por ele indicados na Proposta de Adesão, nos limites do Plano de Benefícios.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: é a autarquia sob o regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem à saúde complementar.

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

Contratante: é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata o Plano de Benefícios Odontológicos para si próprio, na qualidade de Beneficiário Titular, e/ou para seus Dependentes.

Beneficiário: é a pessoa física indicada na Proposta de Adesão para ser inscrita no Plano de Benefícios como Titular ou Dependente que usufruirá os serviços odontológicos contratados.

Proposta de Adesão: é o documento emitido pela **OPERADORA**, preenchido e assinado pelo **CONTRATANTE**, que contém a qualificação completa de todos os Beneficiários, a indicação do Plano de Benefícios contratado, o valor da mensalidade, a forma de pagamento e os demais dados necessários à operação do Plano de Benefícios.

Plano de Benefícios: é o conjunto de coberturas estabelecidas no presente Contrato com a finalidade exclusiva de garantir aos Beneficiários o pagamento de despesas com procedimentos odontológicos realizados na Rede Credenciada ou o reembolso, nos limites do Plano de Benefícios.

Cobertura: são todos aqueles procedimentos odontológicos garantidos pelo Plano de Benefícios.

Procedimentos Odontológicos: são todos os atos odontológicos que têm por objetivo a recuperação, manutenção ou avaliação da saúde oral dos Beneficiários.

Rede Credenciada: é o grupo de prestadores (clínicas odontológicas e cirurgiões dentistas) credenciados pela **OPERADORA**, colocados à disposição dos Beneficiários para prestar-lhes assistência odontológica.

Carência: é o prazo ininterrupto, contado a partir do primeiro dia útil após a quitação da primeira parcela mensal, durante o qual o Beneficiário não tem direito à cobertura contratada, muito embora sejam devidas as mensalidades.

Mensalidade: o valor pré-estabelecido, fixado na Proposta de Adesão, a ser pago mensalmente pelo **CONTRATANTE**, de acordo com o número de Beneficiários inscritos, independentemente da utilização do Plano de Benefícios.

Área de Abrangência Geográfica: área em que a **OPERADORA** fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo **CONTRATANTE**.

Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE: é a lista indicativa de procedimentos odontológicos e seus respectivos valores aplicados às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência odontológica. Esta tabela encontra-se devidamente registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, Estado de São Paulo, juntamente com os demais documentos integrantes do Contrato, sendo que, além do Cartório, a tabela está disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede da **OPERADORA**, bem como no sítio da **OPERADORA** na internet.

Cláusula Quarta – DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

4.1. O Plano de Benefícios de que trata este Contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nome comercial “Plano Dental Estética IFLE”, sob o n.º

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

478.628/17-9, sendo denominado para fins operacionais e de divulgação como **Plano Dental Estética**.

4.2. Nos termos do item 2, do Anexo II da RN n.º 100/2005 expedida pela ANS, o tipo de segmentação assistencial do **Plano Individual - Plano Dental Estética IFLE** é **Odontológica**.

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

Cláusula Quinta – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1. O Plano de Benefícios objeto deste Contrato é destinado exclusivamente para pessoas físicas, observando-se as seguintes variações:

a) Contrato INDIVIDUAL é aquele que tem um único Beneficiário Titular.

b) Contrato EM GRUPO é aquele que tem como Beneficiários, além do Beneficiário Titular, o mínimo de 01 (um) Beneficiário Dependente.

c) Contrato FAMILIAR é aquele que tem como Beneficiários ambos os cônjuges e seus filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), 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 freqüentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade.

5.2. Os menores de 18 (dezoito) anos de idade, somente poderão ser Beneficiários Titulares do Contrato quando possuir um responsável maior de idade que contrata o plano odontológico, podendo este não ser Beneficiário do Contrato.

5.3. O **CONTRATANTE** ou o responsável maior de idade indicado na Proposta de Adesão deverá responder por todos os dados incluídos na Proposta de Adesão, apresentando os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como, carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento e/ou casamento.

Cláusula Sexta – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E DE EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

6.1. São considerados Beneficiários aqueles indicados expressamente pelo **CONTRATANTE** na Proposta de Adesão e aprovados pela **OPERADORA**. A aprovação esta 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 indicados como tal na Proposta de Adesão, e que possuam a seguinte relação de dependência com o **CONTRATANTE**: cônjuge ou filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), dependentes economicamente do **CONTRATANTE**, 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

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

estiverem freqüentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade.

6.1.1. 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, indicados no presente Contrato.

6.2. 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.

6.2.1. 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.

6.3. Nos termos do inciso VII do artigo 12, da Lei 9.656/98, é assegurado ao filho adotivo do Beneficiário Titular, menor de 12 anos, o aproveitamento das carências por aquele já cumpridas, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

6.4. Os Beneficiários Dependentes serão excluídos do presente Contrato, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

a) automaticamente, em razão da extinção da relação de dependência com o **CONTRATANTE**;

b) mediante solicitação, por escrito, do **CONTRATANTE**;

c) fraude comprovada.

6.4.1. 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.

6.4.2. A exclusão de um dos cônjuges do Contrato Familiar, qualquer que seja o motivo, implicará na assinatura de um novo Contrato que passará para Individual ou Grupo, 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.

6.4.3. A extinção do vínculo do Beneficiário Titular (**CONTRATANTE**) do presente Contrato, ressalvadas as hipóteses de rescisão por inadimplência e/ou fraude, previstas no item 16.2., não necessariamente extingue o presente Contrato, sendo facultado aos

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

Beneficiários Dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, desde que no prazo de 30 (trinta) dias seja expressamente manifestado o interesse na manutenção do Plano de Benefícios, devendo ser indicado o responsável pelo pagamento.

6.5. A exclusão de Beneficiário falecido ocorrerá no mês seguinte ao do falecimento, desde que a **OPERADORA** seja comunicada, por escrito.

6.6. Em caso de óbito do **CONTRATANTE**, o cônjuge Beneficiário ou o Beneficiário mais idoso, passará a ser responsável pelo pagamento das mensalidades, tornando-se o novo Beneficiário Titular. Nesses casos, a **OPERADORA** deverá ser comunicada, por escrito, do óbito, para que proceda a referida alteração contratual.

Cláusula Sétima – DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. Aos Beneficiários incluídos no presente Contrato é assegurada a seguinte cobertura:

a) dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98;

b) dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento; e ainda,

c) de procedimentos diagnósticos, do exame clínico, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia;

7.2. Além das coberturas acima citadas, aos Beneficiários incluídos no Contrato são asseguradas as coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal.

7.3. São assegurados ainda, nos termos da legislação vigente editada pela ANS, apenas e tão somente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

7.4. Os procedimentos cobertos pelo Plano de Benefícios são aqueles descritos na Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE.

Cláusula Oitava – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

-Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que,

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;

- Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos vigente à época do evento;

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

- 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;

- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- Consultas domiciliares;

- Estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção apenas e tão somente dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para a realização de tais procedimentos, desde que estes não estejam listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;

- Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias.

Cláusula Nona – DA CARÊNCIA

9.1. 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.

Cláusula Décima – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO JUNTO À REDE CREDENCIADA

10.1. 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.

10.2. 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.

10.3. 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.

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

10.4. Os procedimentos que requerem autorização prévia estão assim indicados na Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE.

10.4.1. 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 que comprovem a necessidade do referido tratamento, se o caso.

10.5. Caso seja identificado, por uma junta formada por profissionais odontólogos, que determinado procedimento 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.

10.5.1. 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, cuja remuneração ficará a cargo da **OPERADORA**.

10.6. Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada**,** o Beneficiário poderá consultar a Central de Atendimento da **OPERADORA**, cuja ligação é gratuita e o número está indicado na Proposta de Adesão, ou ainda pelo sítio da **OPERADORA** no seguinte endereço: **www.odontoprev.com.br.**

Cláusula Décima Primeira - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1. 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.

11.2. O presente Contrato garante, cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os atendimentos de urgência e emergência.

11.3. A **OPERADORA** assegurará o reembolso, de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE, das despesas efetuadas pelo Beneficiário nos casos de urgência ou emergência, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano de Benefícios, sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela **OPERADORA** junto a sua Rede Credenciada.

11.4. 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**:

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

- 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.

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

11.6. 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.

11.7. 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;

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

- 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.

Cláusula Décima Segunda – DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

12.1. O Beneficiário poderá realizar tanto na Rede Credenciada como em profissionais odontólogos não integrantes da Rede Credenciada**,** todos os procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios.

12.2. 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.

12.3. O valor do reembolso será calculado multiplicando-se o valor da U.O. do Plano de Benefícios em que o Beneficiário esteja inscrito pela quantidade de U.O. estabelecida para cada um dos eventos utilizados, determinada na Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE.

12.4. 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:

- 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;

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

- data da realização do evento.

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

12.6. 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.

12.7. 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 reconfecção 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.

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

Cláusula Décima Terceira – DO PREÇO DA MENSALIDADE E DA FORMA DE PAGAMENTO

13.1. A **OPERADORA** esclarece que o valor a ser pago pelo Plano de Benefícios contratado é PRÉ-ESTABELECIDO, ou seja, o valor da mensalidade é ajustado antes da utilização Plano de Benefícios.

13.2. No ato do aceite da Proposta de Adesão, o **CONTRATANTE** deverá pagar, através da opção de pagamento informada na Proposta de Adesão, em até 03 (três) dias úteis, a primeira mensalidade, calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos.

13.2.1. Fica desde já pactuado que o Contratante poderá, a seu critério, efetuar o pagamento do Plano de Benefícios, referente ao período de 12 (doze) meses, de forma anual, antecipando-se a quantidade de parcela(s), mediante concessão de desconto ou redução no prazo de carências, opções indicadas na Proposta de Adesão, mantendo-se as todas as demais condições contratuais.

13.2.2. Nos termos acima, o CONTRATANTE, ao contratar o plano odontológico, poderá optar pelo pagamento mensal ou anual. No pagamento anual poderá, ainda, optar pela contratação com dispensa do cumprimento do prazo de carência. Para cada opção, o CONTRATANTE reconhece e assume os valores relacionados à referida opção constante na Proposta de Adesão.

13.3. As mensalidades subsequentes à primeira terão como data de vencimento o mesmo dia da data de aceita da Proposta de Adesão, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas da forma escolhida pelo **CONTRATANTE** na Proposta de Adesão.

13.4. Quando a data de vencimento da mensalidade cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado até o primeiro dia útil subseqüente.

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

13.5. No caso de atraso no pagamento da mensalidade, o valor será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois) por cento, além de juros de mora de 1% (um) por cento ao mês (0,033% ao dia).

13.6. A quitação de uma mensalidade não presume a quitação das mensalidades anteriores.

13.7. 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.

13.7.1. Caso o **CONTRATANTE** não receba a cobrança em até 02 (dois) dias úteis antes da data de seu vencimento, deverá imediatamente entrar em contato com a **OPERADORA,** para receber instruções sobre a realização do pagamento dentro do prazo de vencimento, não cabendo qualquer alegação posterior.

Cláusula Décima Quarta – DO REAJUSTE

14.1. 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.

14.2. Fica desde já pactuado que havendo permissivo legal, referida mensalidade será reajustada na menor periodicidade legalmente permitida.

14.3. A **OPERADORA,** nos termos da legislação vigente, comunicará o percentual de reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

14.4. 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.

14.5. A **OPERADORA** manterá por 05 (cinco) anos o comprovante de recebimento pelo Beneficiário Titular da proposta de termo aditivo.

14.6. A **OPERADORA** não utiliza a faixa etária como critério para a variação do preço da mensalidade.

Cláusula Décima Quinta – DA VIGÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

15.1. O prazo de vigência deste Contrato é de 12 (doze) meses, com início a partir do aceite da Proposta de Adesão, do aceite do presente Contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, de forma que não se prolongue os períodos de carência ajustados.

15.2. 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 indeterminado, sendo vedada no ato da renovação a recontagem de carências e a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

Cláusula Décima Sexta – DA RESCISÃO DO CONTRATO

16.1. 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.

16.2. Caso o Contratante tenha optado pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual, na hipótese de rescisão citado no item 16.1, a quantia remanescente será devolvida com abatimento da quantia referente à multa, e acrescido do valor concedido a título de desconto.

16.3. 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 conseqüências 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.

Cláusula Décima Sétima – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. 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 **www.odontoprev.com.br.**

17.2. 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.

17.3. Os casos omissos no presente Contrato serão resolvidos de comum acordo entre as partes.

17.4. 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.

17.5. O 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.

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17

Cláusula Décima Oitava – DO FORO

18.1. 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.

Este Contrato e seus anexos encontram-se registrados no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, Estado de São Paulo, sob o nº **1.321.901** em **29/08/2017**, e estão ainda disponibilizados para consulta na sede da Operadora.

(RTD: 1.321.901) Rev. Ago/17