

**ANEXO DE CONTRATAÇÃO
OPCIONAL DE PLANO ODONTOLÓGICO
COLETIVO POR ADESÃO**



| | | |
|-------------|---------------------------------------|----------------|
| OPERADORA | SULAMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE | SUBESTIPULANTE |
| ESTIPULANTE | EXTRAMED ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS | |

CARACTERÍSTICAS DO SEGURO ODONTOLÓGICO

| | |
|---|---|
| ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA | NACIONAL |
| PERMANÊNCIA DE FILHOS SOLTEIROS NO SEGURO | SEM LIMITE |
| VIGÊNCIA DA APÓLICE | ANUAL (1º DE SETEMBRO) |
| SEGMENTAÇÃO | ODONTOLÓGICA |
| PRAZO REEMBOLSO | 30 DIAS (MÁXIMO) |
| REAJUSTE POR SINISTRALIDADE | SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED |

| Plano | Nome Registrado na ANS | Cobertura | Múltiplo Reembolso | Registro na ANS | Mensalidade Individual |
|-------------|--|--------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| Odonto Mais | Odonto Mais – Adesão Odonto - Rol Ampliado | Rol Ampliado | 1x | 476.270/16-3 | *24,90 |

*VALOR MENSAL EM REAIS, O VALOR SERÁ REAJUSTADO POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09/2018 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

CARÊNCIAS

| Grupos | Prazos Contratuais | Procedimentos |
|---------|--------------------|--|
| Grupo 0 | 0 hora | Urgências |
| Grupo 1 | 30 dias | Diagnóstico, Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Periodontia, Odontopediatria e DTM. |
| Grupo 2 | 180 dias | Endodontia e Cirurgia |
| Grupo 3 | 180 dias | Estética e Prótese do Rol |

CONTRATO DE ADESÃO – PLANO ODONTOLÓGICO COLETIVO POR ADESÃO (ODONTO MAIS) SULAMERICA COLETIVO POR ADESÃO

Através do presente contrato V.Sa. e dependentes incluídos estão garantindo a participação em um contrato coletivo por adesão que tem como **Estipulante a EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, registrada na ANS como Administradora de Benefícios sob o número 414204, e garantido pela **SULAMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o n.º 006246 na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ n.º 01.685.053/0001-56, situada à Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121, Cidade Nova, CEP: 20.211-903 Rio de Janeiro - RJ, tendo como objetivo, em conformidade com o inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656-98, a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência odontológica pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede referenciada, nos termos e limites do seguro contratado. **Os custos assistenciais correspondem aos serviços odontológicos, na segmentação Odontológica, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento**, para o tratamento de 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. Neste contrato a estipulante, EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA caracteriza-se como estipulante que subscreve as condições do seguro com a Operadora SULAMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, cabendo a esta a assunção dos riscos e fornecimento das facilidades de atendimento previstas, restando ao Extramed a função de administrador dos serviços de emissão e controle de cobrança.

Através da participação no presente plano, V.Sa. estará usufruindo das vantagens de um contrato coletivo por adesão odontológico, ficando portanto sujeito às condições dos planos coletivos por adesão, às condições contratuais que regem o presente contrato e estão expressas no contrato SulAmérica Odonto Coletivo por Adesão – Condições Gerais, em poder do Estipulante.

I - PLANO ODONTO MAIS – ADESÃO ODONTO – ROL AMPLIADO

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a Segmentação Odontológica, acrescidos exclusivamente das coberturas adicionais abaixo descritas, oferecidas pela **SULAMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na segmentação Odontológica, denominadas **Rol Ampliado**, as quais estão listadas a seguir:

ANEXO DE CONTRATAÇÃO OPCIONAL DE PLANO SAS ODONTO VOL1/2017

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Diagnóstico

- Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria
- Diagnóstico e Tratamento de Trismo
- Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais
- Exame Admissional
- Teste de capacidade tampão da saliva
- Teste de contagem microbiológica

Radiologia

- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)
- Radiografia antero-posterior
- Radiografia pósterio-anterior
- Técnica de localização radiográfica

Odontopediatria

- Mantenedor de espaço removível

Dentística

- Tratamento de fluorose - microabrasão

Periodontia

- Manutenção Periodontal
- Sepultamento radicular

Cirurgia

- Cirurgia de cementoma
- Cirurgia de fibroma
- Curetagem apical
- Exodontia de incluso/impactado supra numerário
- Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário
- Remoção de tamponamento nasal
- Retirada de corpo estranho orontral ou oronasal da região buco-maxilo-facial
- Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- Tracionamento de raiz residual
- Marsupialização de cistos odontológicos

Endodontia

- Clareamento de dente desvitalizado
- Mumificação Pulpar

Disfunção Têmporo Mandibular

- Consulta de avaliação de DTM
- Tratamento conservador de luxação da Articulação Têmporo-Mandibular - ATM

II - PRINCIPAIS EXCLUSÕES PLANO ODONTO MAIS – ADESÃO ODONTO – ROL AMPLIADO

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

- a) Procedimentos buco-maxilares que necessitarem de internação, bem como aqueles não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica;
- b) As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- c) Assistência domiciliar de qualquer natureza;
- d) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- f) Fornecimento de medicamentos;
- g) Tratamento odontológico decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- h) 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;
- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/ odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Exames não solicitados pelo Odontólogo assistente;
- k) Remoções do Beneficiário;
- l) Todo e qualquer atendimento médico hospitalar;
- m) Todos os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes à época do evento, na segmentação Odontológica.

III - REEMBOLSO -PLANO ODONTO MAIS – ADESÃO ODONTO – ROL AMPLIADO

1. O Beneficiário Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas odontológicas cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano e a Tabela de Reembolso SulAmérica Odonto - TRSO, quando optarem por não utilizar a rede credenciada.

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

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

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

4. Tabela de Reembolso SulAmérica – TRSO

Os procedimentos odontológicos estão contemplados na Tabela de Reembolso SulAmérica Odonto - TRSO que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, de acordo com a Segmentação Odontológica. A Tabela de Reembolso SulAmérica Odonto está registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e está disponível à **ESTIPULANTE** e todos os Beneficiários no Portal SulAmérica Saúde Online disponibilizada para realizar download. A Tabela de Reembolso também ficará disponível na **SULAMERICA**.

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

4.1.1 O valor unitário de cada procedimento poderá, eventualmente, ser reajustado conforme negociação entre a **ESTIPULANTE** e a **SULAMERICA**, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

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

5. O valor do reembolso (VR) será efetuado em moeda corrente nacional e calculado da seguinte forma:

$$\text{VR} = \text{Valor unitário do procedimento}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso}^{**}$$

* Prevista na Tabela de Reembolso SulAmérica Odonto para o procedimento realizado de acordo com o plano contratado

** Coeficiente a ser aplicado sobre o valor unitário do procedimento

5.1) Múltiplo de Reembolso - O múltiplo de reembolso para o SulAmérica Odonto plano Odonto Mais, é de **1,0 (um vírgula zero)** o valor constante na Tabela de Reembolso SulAmérica Odonto.

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

7. Ainda que o Beneficiário tenha mais de um plano odontológico na **SULAMERICA**, em seu nome ou de outra pessoa no qual seja incluído como dependente, a quantia relativa ao reembolso será devida uma única vez, por procedimento realizado. Nesse caso, o reembolso a ser pago será com base no maior valor.

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

9. A **SULAMERICA** manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

10. PRAZOS PARA REEMBOLSO

10.1. O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos em território nacional e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização do evento.

10.2. O Reembolso será efetuado diretamente ao Beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

10.2.1. Documentos necessários para reembolso das despesas odontológicas.

Os documentos necessários são:

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

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

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

c) Documentação Clínica do Tratamento Realizado.

• Radiografias iniciais e/ou finais para tratamentos de próteses, cirurgia, endodontia e cirurgias periodontais;

• Laudos ou relatórios descritivos emitidos pelo cirurgião-dentista responsável.

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

IV - CARÊNCIA - PLANO ODONTO MAIS – ADESÃO ODONTO – ROL AMPLIADO

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento da mensalidade, o Beneficiário não tem direito a determinadas coberturas.

As coberturas garantidas neste contrato, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência do Individual de cada Beneficiário.

Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:

0 (zero) hora da data de vigência do Beneficiário para urgências/emergências;

b) Grupo de carência 1:

30 (trinta) dias da data de vigência do Beneficiário para diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, periodontia, odontopediatria e Disfunção Têmporo-Mandibular (DTM).

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

- c) **Grupo de carência 2:**
180 (ento e oitenta) dias da data de vigência do Beneficiário para endodontia e cirurgia.
- d) **Grupo de carência 3:**
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Beneficiário para prótese do Rol.

Não é permitido ao Beneficiário, ao Sub-Estipulante e/ou Estipulante efetuar o pagamento antecipado dos prêmios mensais do seguro, para fins de cumprimento dos prazos de carência previstos nestas Condições Gerais.

Para este contrato serão aplicadas as isenções de carência conforme estabelecido pela resolução normativa ANS nº 195.

V – URGÊNCIA - PLANO ODONTO MAIS – ADESÃO ODONTO – ROL AMPLIADO

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

Os atendimentos de urgência previstos neste contrato são os constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação Odontológica, os quais são:

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

Quando não for possível a utilização da rede credenciada, nos casos de urgência, fica garantido o reembolso nos limites do plano, dos procedimentos cobertos aos Beneficiários. O valor a ser reembolsado para o atendimento de urgência está expresso na Tabela de Reembolso SulAmérica Odonto (TRSO).

VI – COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS - PLANO ODONTO MAIS – ADESÃO ODONTO – ROL AMPLIADO

Para atender aos dispositivos regulamentares e preservar a integridade do resultado do Contrato Principal e validação do grupo segurável previsto em contrato, a Seguradora poderá solicitar a qualquer momento após a implantação do Contrato Principal, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre Beneficiário e Sub-Estipulante (Entidade profissional descrita na proposta de adesão), e a relação de dependência financeira entre Beneficiário Titular e dependentes.

a) Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o Beneficiário Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo do beneficiário com o Sub-estipulante, que não seja informado para o Estipulante para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

a.1) O Beneficiário será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em Rede Referenciada, Reembolsos e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

a.2) A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do beneficiário para o último dia do mês da ocorrência desta constatação.

VII – CANCELAMENTO DO SEGURO - PLANO ODONTO MAIS – ADESÃO ODONTO – ROL AMPLIADO

1. Cancelamento do Seguro por iniciativa do Segurado.

O contrato poderá ser rescindido por vontade do segurado bastando que o mesmo solicite a Extramed ou a Operadora, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até a data da solicitação de cancelamento.

1.1 O Segurado será responsável pelo pagamento de todas as despesas odontológicas efetuadas indevidamente após o cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

2. Cancelamento do Seguro por iniciativa do Estipulante.

2.1 O contrato poderá ser rescindido pelo Estipulante, sem devolução dos prêmios pagos, toda vez que o segurado tornar-se inadimplente na forma estabelecida na Cláusula 18 – Item 18.12, uma vez esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no boleto de cobrança. Nesta hipótese o segurado ficará obrigado a devolver todas as carteiras do seguro (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do Estipulante e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o Estipulante poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até o cancelamento.

2.1.1 O Segurado será responsável pelo pagamento de todas as despesas odontológicas efetuadas indevidamente após o cancelamento do seguro por inadimplência, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

3 Cancelamento do Seguro por iniciativa da Seguradora.

Este contrato poderá ser rescindido pela Seguradora, sem devolução dos prêmios pagos ao Estipulante, nas seguintes situações:

3.1 CANCELAMENTO MOTIVADO

3.1.1 Quando o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas na proposta de adesão, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

3.1.2 Quando for identificado pela Seguradora infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

3.2 CANCELAMENTO IMOTIVADO

3.2.1 Quando houver pronunciamento formal da seguradora perante a Estipulante, com até 60 dias de antecedência da vigência do contrato firmado entre o Estipulante e o Sub-Estipulante especificado na Proposta de Adesão que dá origem ao presente instrumento, no sentido da não renovação da cobertura dos riscos abrangidos pelo mesmo, nas condições vigentes.

3.2.2 Quando houver pronunciamento formal do Sub-Estipulante, com a mesma antecedência do item precedente, no sentido da não renovação do contrato de sub-estipulação vigente entre este e o Estipulante.

3.2.3 O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante/SubEstipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12(doze) meses de vigência do contrato principal e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência.

4. O Segurado Titular será excluído do seguro nos seguintes casos:

- a) Término do vínculo com o Sub-Estipulante (Entidade profissional descrita na proposta de adesão), sobre o qual se obriga a reportar quando da sua ocorrência;
- b) Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas do seguro ou da Seguradora.

5. O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas Condições Gerais deste seguro;
- b) Cancelamento do Segurado Titular.

6. Em qualquer das situações de cancelamento o Segurado não terá direito a devolução dos prêmios pagos.

VIII – DISPOSIÇÕES GERAIS - PLANO ODONTO MAIS – ADESÃO ODONTO – ROL AMPLIADO

1. O período de vigência, independente da data de adesão individual, do contrato é anual, contados, de forma única para todos os beneficiários, a partir de 1º de Setembro, e sua renovação é automática, caso não haja expressa desistência do Estipulante até 30 dias antes da data do final da vigência, ou o cancelamento do contrato por parte da Operadora, com a mesma antecedência.

2. O valor da Mensalidade será reajustado anualmente no aniversário do Contrato Principal Estipulado pela Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda, sempre no mês de Setembro, independente da data de adesão individual do Plano.

2.1) Estão previstos para o contrato, os reajustes nos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro e por sinistralidade, na forma estabelecida nas subclausulas a seguir:

2.1.1) Reajuste financeiro do prêmio: o prêmio será reajustado com base na variação dos custos odontológicos, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro.

2.1.2) Reajuste em função da sinistralidade: O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima de 0,50 (cinquenta centésimos)

O cálculo do novo prêmio, será obtido conforme a seguinte fórmula:

$$PN = \frac{PA \times ISPC}{0,50}$$

Na qual:

PN = Prêmio Novo

PA = Prêmio Atual

ISPC = Índice de sinistro prêmio, composto por sinistro pago do contrato + Sinistro Avisado do Contrato dividido pelo Prêmio do Contrato

0,50 = Índice Máximo Sinistralidade

3. A apuração da sinistralidade será aferida anualmente, para, se necessário, aplicação de reajuste no mês de Setembro, em função da sinistralidade do Contrato Principal da Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda.

4. A Abrangência do Plano é Nacional.

5. As mensalidades não pagas até a data do vencimento, dia 30(trinta) do mês anterior à sua vigência, serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1%(um por cento) ao mês de juros de mora, além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. **Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, o valor da mensalidade, acrescido da multa e do juro aqui estabelecidos, será lançado no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se portanto duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.**

6. É de responsabilidade do segurado titular comunicar de imediato ao Estipulante qualquer alteração em seu endereço, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder.

A inobservância desta condição não impedirá o Estipulante e/ou a Seguradora quanto à automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____