

## CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - CONTRATO Nº \_\_\_\_\_

Esta Condição Específica de contratação de plano de saúde é parte integrante e indissolúvel do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica Coletivo Empresarial – 2020.09.001.

### I – CARACTERÍSTICAS DO PLANO

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Segmentação	Tipo de Contratação
<b>CNP - TOP PREMIUM DO</b>	<b>485.846/20-8</b>	<b>Odontológico</b>	<b>Coletivo Empresarial</b>

Abrangência Geográfica	Área de Atuação
<b>Nacional</b>	<b>Nacional</b>

### II – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

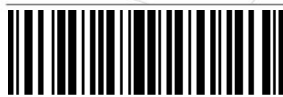
2.1 Além das coberturas previstas nas Condições Gerais, os beneficiários do plano terão direto as seguintes coberturas adicionais:

#### 2.1.1 EXTRA ROL

- Telerradiografia sem traçado
- Teste de contagem microbiológica
- Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
- Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região BMF
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- Clareamento de dente desvitalizado

#### 2.1.2 BENEFÍCIO ORTODÔNTICO

- Mantenedor de espaço
- Plano inclinado
- Aparelho extra bucal
- Arco palatino ou lingual
- Placa lábio ativa
- Disjuntor palatino
- Quadri hélice
- Grade palatina fixa
- Placa de Hawley e Aparelho de Movimento;
- Mentoneira
- Bionator de Balters
- Aparelho Monobloco de Blinder ou Frankel
- Aparelho ortodôntico removível
- Aparelho fixo superior e inferior (convencional/metálico)



- Documentação ortodôntica

2.1.2.1 No tratamento ortodôntico, em rede assistencial da CONTRATADA, não haverá custo de instalação dos aparelhos citados na cláusula anterior.

2.1.2.2 A taxa de manutenção mensal será de responsabilidade do beneficiário, através de pagamento direto ao prestador de serviço.

### III – ELEIÇÃO DE FORO

3.1 Aplicam-se a este plano as demais cláusulas e condições gerais do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica Coletivo Empresarial – 2020.09.001.

E, por estarem assim justas e contratadas as partes assinam o presente em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito, perante as testemunhas abaixo assinadas.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**AGENCIADORA/CONTRATADA**

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
Nome:

RG:

\_\_\_\_\_  
Nome:

RG:



# Guia de Leitura Contratual

## Condições Gerais Versão 2020.09.001

		<i>Página do Contrato</i>
<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	<b>Condições Específicas</b>
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	<b>Condições Específicas</b>
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares, pode ser coletiva ou individual.	<b>N/A</b>
<b>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	<b>Condições Específicas</b>
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	<b>6</b>
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	<b>12</b>
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, a que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	<b>N/A</b>

<b>CARÊNCIAS</b>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	<b>14</b>
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	<b>16</b>
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	<b>13</b>
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	<b>26</b>
<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	<b>20</b>
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	<b>22</b>

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).*

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.**

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério  
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)