

CONDIÇÕES PARTICULARES – SEGURO LUIZA ACIDENTES PESSOAIS

A Cardif do Brasil Vida e Previdência S.A., doravante denominada Seguradora e o Magazine Luiza S/A, doravante denominada Estipulante, especificam nestas Condições os termos da apólice, tendo como grupo segurável todos os clientes da Estipulante.

1. Definições

1.1) Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

1.1.1) Incluem-se nesse conceito:

- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- Os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.1.2) Excluem-se desse conceito:

- **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Contínuo ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

2. Coberturas

2.1. Morte Acidental: garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao capital segurado no valor de **R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)**, em caso de Morte Acidental do segurado, decorrente **exclusivamente de Acidente Pessoal coberto**.

2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: garante ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao capital segurado no valor de **R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)**, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, decorrente **exclusivamente de Acidente Pessoal coberto**.

2.2.1. Para fins deste seguro, Invalidez Permanente Total por Acidente é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, de membro ou órgão, em virtude de lesão física atestada por profissional legalmente habilitado, causada por Acidente Pessoal coberto, sendo caracterizada pela perda total da visão de ambos os olhos; ou pela perda total do uso de ambos os braços; ou pela perda total do uso de ambas as pernas; ou pela perda total do uso de ambas as mãos; ou pela perda total do uso de um braço e uma perna; ou pela perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés; ou pela perda total do uso de ambos os pés; ou pela alienação mental total e incurável.

2.2.2. A Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, desde que constatada e avaliada em caráter definitivo quando da alta médica definitiva.

3. Riscos Excluídos

3.1. Estão excluídos da cobertura de Morte Acidental os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- d) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;**
- e) **Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual ou da sua recondução depois de suspenso;**
- f) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **Acidentes e lesões provocadas pelo uso de álcool, drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos e substâncias tóxicas;**
- h) **Epidemias e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).**

3.2. Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos excluídos para a cobertura de Morte Acidental, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Atos reconhecidamente perigosos, que não sejam motivados por necessidade justificada;**
- b) **Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências;**
- c) **Parto ou aborto, e suas consequências;**
- d) **O choque anafilático, e suas consequências.**

4. Segurados Elegíveis

São todas as pessoas físicas clientes da Estipulante, com idade **mínima de 18 (dezoito) e máxima de 70 (setenta)** anos completos na data da contratação do seguro, que aderiram a este plano de seguro e que solicitaram a sua inclusão na apólice através de Proposta de Adesão, que tenham sido aceitas por esta Seguradora e se encontram em plena atividade e em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

5. Aceitação de Segurados

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão do cliente, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente na apólice. Caso a Seguradora solicite provas de saúde do proponente, este prazo será contado a partir da data de recebimento desta documentação. **Em caso de recusa, a Seguradora comunicará o Proponente por escrito, juntamente com a devolução integral do prêmio eventualmente pago pelo mesmo, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.**

6. Franquia

É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, no qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

6.1. Para as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não haverá franquia.

7. Beneficiário

7.1. Para a cobertura de Morte Acidental: o (s) beneficiário (s) será (ao) aquele (s) indicado (s) pelo segurado na data da contratação do seguro. Na falta de indicação, a indenização será paga ao (s) herdeiro (s) legal (is) do segurado, conforme dispuser a legislação em vigor.

7.2. Para as coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente: o beneficiário será o próprio Segurado ou seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

8. Vigência do Seguro

O seguro terá seu início a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data de adesão ao seguro.

O prazo de vigência deste seguro será de **3 (três) anos** podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, sendo que para as renovações posteriores deverá haver expressa manifestação do Segurado.

9. Prêmio de Seguro

O prêmio de seguro é **mensal**, individual, no valor de **R\$ 19,90 (dezenove reais e noventa centavos)**. Esse valor corresponde a R\$ 12,02 (doze reais e dois centavos) do seguro de Acidentes Pessoais e R\$ 7,88 (sete reais e oitenta e oito centavos) do Plano Odontológico.

9.1. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data do vencimento.

9.2. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

9.3. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

10. Atualização de Valores

10.1. Os valores dos Capitais Segurados e prêmio serão atualizados monetariamente a cada aniversário do seguro, com base na variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

10.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

11. Cancelamento do Seguro

a) A qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento, sem direito à devolução de prêmios pagos;

b) Quando o Segurado solicitar por escrito à Seguradora, sem direito a qualquer restituição de prêmio;

c) Com o término de vigência do seguro;

d) Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora;

e) Quando o Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, sem direito à restituição de prêmio;

f) Em caso de inadimplemento do pagamento do seguro por 90 (noventa) dias, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga;

g) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;

h) Automaticamente, quando do término do período de vigência do Certificado de Seguro, se este não for renovado;

i) Com a Morte ou a Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.

12. Procedimentos em caso de Sinistro

12.1. O Segurado ou um de seus representantes legais deverá, logo que saiba da ocorrência do sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, efetuar comunicação formal mencionando a data, hora, local e causa do sinistro, DDD e telefone para contato, e **encaminhar para análise da Seguradora, através da Caixa Postal nº 11261-5 - CEP: 05422-970 - São Paulo-SP** os seguintes documentos: cópia simples do RG, CPF, comprovante de endereço, do Boletim de ocorrência policial (BO), da Carteira Nacional de Habilitação (quando o segurado for condutor do veículo), do Formulário de Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT (em caso de acidente de trabalho) e do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica (quando indicada a sua solicitação).

12.2. Documentos necessários

Além dos documentos solicitados no item 12.1., deverão ser encaminhados os seguintes documentos, de acordo com o evento ocorrido:

12.2.1. Morte Acidental: Cópia autenticada da Certidão de Óbito.

IMPORTANTE:

12.3. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

12.4. O atraso na entrega da documentação, documentação incompleta e/ou falta da entrega da documentação solicitada, poderá acarretar atraso na análise e conclusão do sinistro.

12.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado ou de seus beneficiários.

13. Pagamento de sinistros

13.1. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados ao Estipulante, Segurado ou ao (s) beneficiário (s) e que comprovem a ocorrência de sinistro coberto pela apólice.

13.2. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao (s) beneficiário (s), o prazo mencionado no subitem anterior será suspenso e reiniciado a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

14. Perda da Indenização

Além dos casos previstos em lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários declarações falsas e incompletas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Seguro; Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; Agravamento intencional do risco objeto do contrato.

15. Prazo de Prescrição

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

16. Âmbito Geográfico da Cobertura

16.1. As coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

17. Foro

Para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste contrato, prevalecerá o Foro de Domicílio do Segurado.

18. Disposições Gerais

18.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

18.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Seguradora: Cardif do Brasil Vida e Previdência S.A. – CNPJ: 03.546.261/0001-08

Processo SUSEP 005-00113/00 - Apólice nº 9368-0

Estipulante: Magazine Luiza S/A – CNPJ: 47.960.950/0001-21

Sub-Estipulante: LuizaCred S/A Sociedade de Crédito, Financiamento e Investimento - CNPJ: 02.206.577/0001-80

Corretor de Seguros: Viotto Corretora de Seguros e Previdência Ltda. - CNPJ: 56.170.061/0001-51

Nº registro na SUSEP: 058926.1.005970-6

CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO – INDIVIDUAL OU FAMILIAR

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, Estado de São Paulo, na Alameda Tocantins, n.º 125, 15º andar, Alphaville, CEP 06455-020, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 58.119.199/0001-51, registrada no Conselho Regional de Odontologia sob o n.º 2728 e na ANS sob o n. 30.194-9 e classificada como Odontologia de Grupo, daqui por diante denominada ODONTOPREV, 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 ODONTOPREV das despesas com os procedimentos odontológicos, prestados pela Rede Credenciada Odontoprev, aos beneficiários indicados na Proposta de Adesão, de acordo com as coberturas estabelecidas no presente Contrato, observando-se o Rol de Procedimentos editado pela ANS vigente à época, em atenção ao que estabelece a Lei n.º 9.656/1998, bem como garantindo a cobertura das doenças de natureza odontológica elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), respeitadas as coberturas ora contratadas.

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

Cláusula Segunda -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 – DEFINIÇÕES

3.1. Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições: Contrato de Plano Odontológico: instrumento celebrado entre a ODONTOPREV e o CONTRATANTE, que tem por finalidade garantir a assistência odontológica pela ODONTOPREV 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.

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 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 ODONTOPREV, 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 exclusivamente na Rede Credenciada Odontoprev ou o reembolso, nos limites do Plano de Benefícios, nos casos de urgência ou emergência quando comprovadamente não for possível sua realização na Rede Credenciada Odontoprev.

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 Odontoprev: é o grupo de prestadores (clínicas odontológicas e cirurgões dentistas) credenciados pela ODONTOPREV, colocados à disposição dos beneficiários para prestar-lhes assistência odontológica.

Carência: é o prazo ininterrupto, contado a partir da data da assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do presente Contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, 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 Procedimento: 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.

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 sob o n.º 459.702/09-8, denominado para fins comerciais como Plano Convencional CP IFRD.

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 Convencional CP IFRD é Odontológica.

4.3. O Plano Convencional CP IFRD assegura aos beneficiários a cobertura dos custos das despesas odontológicas realizadas exclusivamente na Rede Credenciada Odontoprev.

4.4. 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 presente Contrato tem como forma de contratação, nos termos da legislação da ANS, a modalidade individual ou familiar, 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 de um Contrato, quando tiver um responsável maior de idade 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 ODONTOPREV. A aprovação esta condicionada ao preenchimento dos requisitos, inclusive os documentos exigidos no presente Contrato.

- i. É considerado beneficiário titular, aquele indicado como tal na Proposta de Adesão.
- ii. São considerados beneficiários dependentes, aqueles indicados como tal na Proposta de Adesão, e que possuam a seguinte relação de dependente 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 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 ODONTOPREV 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, menor de 12 anos, o aproveitamento das carências por aquele já cumpridas.

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 ODONTOPREV 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.

6.5. A exclusão de beneficiário falecido ocorrerá no mês seguinte ao do falecimento, desde que a ODONTOPREV 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 ODONTOPREV 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 de 03.06.1998;
- 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; d) das doenças de natureza odontológica elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), respeitadas as coberturas ora contratadas.

São assegurados ainda, nos termos da Resolução Normativa n.º 167 de 2008, 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.**

Relação de procedimentos constantes do Rol Odontológico vigente:

DIAGNÓSTICO:

- Consulta inicial
- Exame histopatológico

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA:

- Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial
- Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose Imobilização dentária temporária
- Recimentação de trabalho protético
- Tratamento de alveolite
- Colagem de fragmentos Incisão e drenagem de abscesso extra oral Incisão e drenagem de abscesso intraoral
- Reimplante de dente avulsionado

RADIOLOGIA:

- Radiografia periapical
- Radiografia bitewing
- Radiografia oclusal

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- Atividade educativa (Orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentífrícios e enxaguatórios)
- Evidenciação de placa bacteriana
- Profilaxiapolimento coronário
- Fluoterapia
- Aplicação de selante (aplicação preventiva de resina)

DENTÍSTICA :

- Aplicação de cariostático
- Adequação do meio bucal
- Restauração de 1 (uma) face (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
- Restauração de 2 (duas) faces (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
- Restauração de 3 (três) faces (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
- Restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
- Restauração de ângulo
- Restauração a pino
- Restauração de superfície radicular
- Núcleos de preenchimento
- Ajuste oclusal

PERIODONTIA:

- Raspagem supragengival e polimento coronário
- Raspagem subgengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal
- Imobilização dentária temporária ou permanente
- Gengivectomia / Gengivoplastia
- Aumento de coroa clínica
- Cunha distal
- Cirurgia periodontal a retalho 5/10
- Sepultamento radicular

ENDODONTIA:

- Capeamento pulpar direto excluindo restauração final
- Pulpotomia/pulpectomia
- Remoção de núcleo intrarradicular / corpo estranho
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (1 conduto)
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (2 condutos)
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (3 condutos)
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (4 condutos ou mais)
- Retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, prémolares e molares
- Tratamento endodôntico de dentes decíduos
- Tratamento endodôntico de dentes com rizogênese incompleta
- Tratamento de perfuração radicular

CIRURGIA:

- Alveoloplastia
- Apicectomia unirradicular
- Apicectomia birradicular
- Apicectomia trirradicular
- Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada

- Apicectomia birradicular com obturação retrógrada
- Apicectomia trirradicular com obturação retrógrada
- Biópsia
- Cirurgia de tórus unilateral
- Cirurgia de tórus bilateral
- Correção de bridas musculares
- Excisão de mucocele
- Excisão de rânula
- Exodontia a retalho
- Exodontia de raiz residual
- Exodontia simples
- Exodontia de dente decíduo
- Fraturas alvéolodentárias redução cruenta
- Fraturas alvéolodentárias redução incruenta
- Frenectomia labial
- Frenectomia lingual
- Remoção de dentes retidos (inclusos e impactados)
- Sulcoplastia
- Ulectomia
- Ulotomia
- Hemissecação com ou sem amputação radicular

Além da Cobertura mínima acima elencada, o Beneficiário inscrito no Plano Convencional CP IFRD terá direito, também, às coberturas a seguir previstas:

DENTÍSTICA:

- Remoção de Restaurações Metálicas e Coroas

ENDODONTIA:

- Troca de medicação intracanal

PREVENÇÃO:

- Teste de risco de cárie Contagem de S. mutans
- Teste de risco de cárie Fluxo salivar e Capacidade Tampão

Cláusula Oitava – Das Exclusões de Cobertura

8.1. A ODONTOPREV garante a cobertura de todos os procedimentos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei n.º 9656/98, além dos constantes do Rol Odontológico, editado pela ANS, bem como assegura a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados, pelo cirurgião-dentista assistente, com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

Assegura-se, ainda, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista nos casos em que for necessária, por determinação clínica, estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, excetuando-se os procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente, à época do evento, para a segmentação hospitalar.

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

- Procedimentos buco-maxilares;
- 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;
- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- Implantes e transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias;

Cláusula Nona – Da Carência

9.1. Os beneficiários cumprirão os prazos de carência indicados na proposta de adesão, contados a partir da data da assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do presente Contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

Cláusula Décima - Do reembolso para Urgência e Emergência

10.1. 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.

10.2. O presente Contrato garante, cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os atendimentos de urgência e emergência na Rede Credenciada Odontoprev.

10.3. A ODONTOPREV assegurará o reembolso, de acordo com a Tabela de Procedimento, das despesas efetuadas pelo beneficiário nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da Rede Credenciada Odontoprev, 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 ODONTOPREV junto a sua Rede Credenciada.

10.4. 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 ODONTOPREV:

- Declaração assinada pelo Beneficiário onde afirme a impossibilidade de utilização da rede credenciada;
- 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.

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

10.6. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a ODONTOPREV 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.

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

- Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
- Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose;
- Imobilização dentária temporária;
- Recimentação de trabalho protético;
- Tratamento de alveolite;
- Colagem de fragmentos;
- Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
- Incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- Reimplante de dente avulsionado.

Cláusula Décima Primeira – Das Condições de Atendimento junto à Rede Credenciada

11.1. O beneficiário será atendido por dentistas integrantes da Rede Credenciada Odontoprev, 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.

11.2. O ônus decorrente da ausência do beneficiário a qualquer consulta, será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista integrante da Rede Credenciada Odontoprev, o direito de cobrar o equivalente a 01 (uma) consulta inicial, cujo valor seguirá ao da Tabela de Procedimentos da Odontoprev.

11.3. 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.

11.4. Os procedimentos abaixo identificados devem ser submetidos à prévia aprovação da ODONTOPREV para que possam ser realizados:

- a) Aplicação tópica de flúor;
- b) Aplicação de selante;
- c) Raspagem e curetagem sub-gengival;

11.4.1. A resposta à solicitação de autorização prévia será emitida pela ODONTOPREV 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 ODONTOPREV da documentação abaixo relacionada:

- i. Parecer devidamente assinado pelo profissional odontólogo assistente, que demonstre o justo motivo para a realização do referido tratamento e;
- ii. Das radiografias que comprovem a necessidade do referido tratamento, se o caso.

11.5. Caso seja identificado, por uma junta formada por odontólogos, que determinado procedimento poderá acarretar dano ou ser considerado inócua ao beneficiário, ficará a ODONTOPREV dispensada de pagar ou reembolsar ao Beneficiário os valores de tal procedimento, ainda que esteja contemplado na cobertura do Plano de Benefícios ora contratado.

11.6. A junta de profissionais odontólogos acima referida será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por profissional odontólogo da ODONTOPREV e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da ODONTOPREV.

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

11.8. Co-participação é a parte efetivamente paga pelo Contratante, referente à realização de determinado procedimento odontológico.

Será de responsabilidade do Contratante o pagamento da co-participação, nos procedimentos e percentuais indicados na Proposta de Adesão.

Os percentuais referentes à co-participação estarão de acordo com o normativo da ANS vigente à época da contratação.

Cláusula Décima Segunda – Do Preço da Mensalidade e Da Forma de Pagamento

12.1. A ODONTOPREV 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.

12.2. No ato de assinatura da Proposta de Adesão, o Contratante deverá pagar, através de cheque ou dinheiro, a Taxa de Implantação e a primeira mensalidade, ambas calculadas de acordo com o número de beneficiários inscritos.

12.3. As mensalidades subseqüentes a primeira terão como data de vencimento o mesmo dia em que foi feito o pagamento da primeira mensalidade, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas da forma escolhida pelo Contratante na Proposta de Adesão.

12.4. 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.

12.5. 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).

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

12.7. 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 ODONTOPREV automaticamente emitirá cobrança bancária.

12.7.1. 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 ODONTOPREV, para receber instruções sobre a realização do pagamento dentro do prazo de vencimento, não cabendo qualquer alegação posterior.

Cláusula Décima Terceira – Do Reajuste

13.1. O reajuste do valor da mensalidade estipulado na Proposta de Adesão, ocorrerá anualmente, de acordo com o IGPM, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas.

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

13.3. A ODONTOPREV, nos termos da RN n.º 172/08 expedida pela ANS, comunicará o percentual de reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13.4. Caso o índice pactuado sofra descontinuidade na apuração, a ODONTOPREV oferecerá ao beneficiário através de termo aditivo a este 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 Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo -IPCA/IBGE.

13.5. A ODONTOPREV manterá por 05 (cinco) anos o comprovante de recebimento pelo beneficiário titular da proposta de termo aditivo.

13.6. A ODONTOPREV não utiliza a faixa etária como critério para a variação do preço da mensalidade.

Cláusula Décima Quarta – Da Vigência e Das Condições de Renovação Automática

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

14.2. 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.

Cláusula Décima Quinta – Da Rescisão do Contrato

15.1. O Contratante poderá rescindir o presente Contrato antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses, mediante o pagamento à ODONTOPREV da multa no valor correspondente a 20% (vinte) por cento das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.

15.2. A ODONTOPREV poderá rescindir o presente Contrato, independentemente de qualquer notificação, extrajudicial ou judicial, sem qualquer direito a indenização ao Contratante e acarretando a este a obrigação do pagamento à ODONTOPREV da multa prevista no item 15.1. supra, 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 Sexta – Das Disposições Gerais

16.1. A ODONTOPREV 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 da ODONTOPREV, cuja ligação é gratuita e o número está indicado na Proposta de Adesão ou através do site www.odontoprev.com.br.

16.2. 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.

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

16.4. 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.

16.5. 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 Odontoprev para verificação dos integrantes da Rede Credenciada.

Cláusula Décima Sétima – Do Foro

17.1. 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 de Plano Odontológico Modalidade Individual ou Familiar encontra-se devidamente protocolado sob o n.º 513.263 e registrado em microfilme sob o n.º 559.375, no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, Estado de São Paulo.