



## RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

### 1. Características do plano contratado:

- a) Registro na ANS: 471474141;
- b) Nome: +ODONTO PROTEÇÃO;
- c) Tipo de contratação: individual ou familiar;
- d) Segmentação: exclusivamente odontológica;
- e) Abrangência geográfica: nacional;
- f) Forma de preço: misto (pré e pós-estabelecido);
- g) Tipo de acomodação: não há internação hospitalar.

**2. Rede assistencial:** Os atendimentos odontológicos serão realizados na rede própria, credenciada ou referenciada da **OPERADORA**, de acordo com o plano no qual o beneficiário se encontra vinculado, podendo ser consultada no Manual de Orientação do Beneficiário ou no site da **OPERADORA**.

**3. Beneficiários Dependentes:** São aqueles que tenham vínculos familiares com o beneficiário titular e desde que este esteja regularmente inscrito em um dos planos contratados.

**6. Coberturas:** Refere-se aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal.

### 6.1. Estão sujeitos ao regime de pré-pagamento os seguintes procedimentos:

- ✓ Consulta inicial;
- ✓ Curativo em caso de hemorragia bucal;
- ✓ Curativo em caso de odontalgia;
- ✓ Aguda/pulpectomia/necrose;
- ✓ Imobilização dentária temporária;
- ✓ Recimentação de peça protética;
- ✓ Tratamento de alveolite;
- ✓ Colagem de fragmentos;
- ✓ Incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- ✓ Incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- ✓ Reimplante de dente avulsionado;
- ✓ Orientação de higiene bucal;
- ✓ Evidenciação de placa bacteriana;
- ✓ Aplicação tópica de flúor.

### 6.3. Estão sujeitos ao regime de pós-pagamento os seguintes procedimentos:

- ✓ Demais procedimentos listados no Rol de Procedimentos da ANS, definidos para a segmentação odontológica, vigentes à época da solicitação, não relacionados na listagem de Procedimentos sujeitos ao regime de pré-pagamento.



## 7. Não serão cobertos (EXCLUSÕES DE COBERTURA):

- ✓ Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Rol definidos para a segmentação odontológica serão cobertos.
- ✓ Cirurgias buco-maxilo-faciais não listadas no Rol de Procedimento da ANS definidos para a segmentação odontológica ou sem enquadramento na diretriz de utilização respectiva;
- ✓ Cirurgias periodontais, não listadas no Rol de Procedimento da ANS definidos para a segmentação odontológica ou sem enquadramento na diretriz de utilização respectiva;
- ✓ Implantes;
- ✓ Órteses, próteses e seus acessórios de qualquer natureza, exceto aqueles previstos no Rol de Procedimento da ANS definidas para a segmentação odontológica;
- ✓ Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
- ✓ Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, e de medicamentos para tratamento domiciliar;
- ✓ Qualquer tipo de atendimento domiciliar, serviços, equipamentos, materiais e similares para tratamento domiciliar;
- ✓ Fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, isto é, prescritos pelo odontólogo assistente para a administração em ambiente externo ao do consultório e/ou unidade de atendimento de saúde;
- ✓ Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- ✓ Tratamentos e/ou Procedimentos clínicos ou cirúrgicos ou investigação diagnóstica com finalidade estética, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- ✓ Tratamentos em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos;
- ✓ Aplicação de vacinas;
- ✓ Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- ✓ Qualquer tipo de internação, clínica ou cirúrgica;
- ✓ Qualquer tipo de remoção;
- ✓ Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.



**8. Carências:** São os períodos nos quais os Beneficiários não têm direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento da mensalidade. Os prazos de carência, contados a partir do cadastro do Beneficiário no plano contratado, são:

- a) Vinte e quatro (24) horas:** para os atendimentos de urgência/emergência;
- b) Sessenta (60) dias:** para Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações);
- c) Cento e oitenta (180) dias:** para os demais casos.

**9. Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) –** Não haverá Cobertura Parcial Temporária (CPT) para DLP.

**10. Reajustes:** O valor mensal do plano poderá sofrer o reajuste anual e não haverá reajuste por mudança de faixa etária.

**11. Mecanismos de regulação:** são aplicados ao plano contratado os seguintes mecanismos de regulação de utilização e financeiro:

**a) Direcionamento à rede assistencial da OPERADORA –** direcionamento à profissional e prestador exclusivamente da rede própria ou credenciada específica do plano, mesmo que existam outros credenciados nas especialidades indicadas;

**b) Documentação exigida no ato do atendimento:** Cartão de Identificação do Beneficiário e documento oficial com foto;

**c) Para casos que demandem autorização prévia,** apresentar a guia de solicitação autorizada pela OPERADORA;

**d) Identificação biométrica** para acesso aos atendimentos;

**e) Junta odontológica** nas situações de divergência técnico-assistencial;

**f) Coparticipação –** que é a quantia, além da mensalidade, a ser paga pelo beneficiário à OPERADORA, para o custeio parcial da despesas de procedimentos realizados pelos beneficiários.

**11.1. Atendimento de Urgência e Emergência:** Serão cobertos os procedimentos que a lei assim definir como de urgência/emergência para a segmentação odontológica. Ao necessitar de consultas de urgência ou emergência, o beneficiário deverá utilizar os serviços por meio dos prestadores indicados no site da OPERADORA.

**12. Realização de procedimentos não cobertos:** A realização de procedimentos que não são de cobertura obrigatória, permite que a OPERADORA exija do beneficiário as despesas relacionadas, cujo pagamento poderá, a critério exclusivo da OPERADORA, ser total ou parcial, sem prejuízo da aplicação dos mecanismos de regulação.

**13. Vigência:** O plano vigorará pelo prazo de um ano, a partir do primeiro pagamento, sendo renovado automaticamente por prazo indeterminado.



**14. Proteção dos dados:** O beneficiário reconhece e concorda que a **OPERADORA** precisa manter e tratar seus dados pessoais. A **OPERADORA** se compromete a tratar os dados pessoais do beneficiário e de seus dependentes de acordo com a legislação vigente e aplicável em matéria de privacidade e proteção de dados pessoais, assim como somente para a finalidade de execução da contratação do plano, exceto nos casos em que o tratamento seja necessário para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias a que esteja sujeita à **OPERADORA**.

**14.1.** O tratamento de dados pessoais será regulado pela Política de Privacidade da OPERADORA disponível em: <https://www.hapvida.com.br/site/politicas-de-privacidade>.

