



**SulAmérica Odontológico  
Individual ou Familiar  
Condições Gerais  
MAIS DOC**

**ANS – nº 417815**

Operadora: Sul América Odontológico S/A  
CNPJ nº11.973.134/0001-05  
Nº de registro na ANS: nº 41781-5  
Site: [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br)  
Tel: **0800-722-0504**

## Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	06
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	06
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Não se aplica
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção do 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.	06
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	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.	08
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	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.	17
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	Não se aplica

<b>CARÊNCIA</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.	18
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), 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.	Não se aplica
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	18
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	28
<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 tais 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 de alteração de idade do beneficiário.	27
<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 suas regulamentações.	Não se aplica

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).

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022, 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)

## Índice

### SulAmérica Odontológico Individual e/ou Familiar

1.	Qualificação da Operadora.....	5
2.	Qualificação do Contratante .....	5
3.	Objeto do Contrato .....	5
4.	Natureza do Contrato .....	5
5.	Tipo de Contratação .....	6
6.	Tipo de Segmentação Assistencial .....	6
7.	Área Geográfica de Abrangência .....	6
8.	Formação do Preço .....	6
9.	Registro de Plano na ANS.....	6
10.	Coberturas adicionais.....	6
11.	Contratação.....	7
12.	Inclusão de Beneficiários.....	8
13.	Coberturas e Procedimentos Garantidos .....	8
14.	Exclusões de Cobertura .....	17
15.	Vigência e Renovação Automática.....	18
16.	Carências .....	18
17.	Urgência.....	19
18.	Reembolso .....	19
19.	Rede Credenciada .....	24
20.	Liberação de Atendimento.....	25
21.	Divergências Odontológicas.....	25
22.	Pagamento da Mensalidade.....	26
23.	Reajuste Anual .....	27
24.	Exclusão do Beneficiário .....	28
25.	Cancelamento do Contrato.....	28
26.	Auditoria Clínica .....	30
27.	Proteção de Dados Pessoais .....	30
28.	Disposições Gerais .....	31
29.	Foro.....	31

**Sul América Odontológico S/A****Registro na ANS nº 41781-5****1. Qualificação da Operadora**

Sul América Odontológico S.A., pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o n.º 417815, classificada na modalidade Odontologia de Grupo, inscrita no CNPJ nº 11.973.134/0001-05, situada à Alameda Santos, nº 2101 - 5º andar, Bairro Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, CEP 01.419-911

**2. Qualificação do Contratante**

Contratante é a pessoa física que manifesta sua intenção de contratação do plano de assistência odontológica, nos termos destas Condições Gerais, e que deverá apresentar cópia dos documentos listados abaixo, além de preencher o Termo de Adesão ao contrato odontológico por si e por seus dependentes:

- a) Nome;
- b) Filiação;
- c) Data de Nascimento;
- d) Inscrição no cadastro de pessoa física;
- e) Cédula de identidade – órgão expedidor;
- f) Endereço;
- g) e-mail;
- h) telefone celular.

**2.1** O Contratante é identificado também neste contrato como Beneficiário Titular. O Beneficiário Titular irá indicar expressamente o(s) Beneficiário(s) Dependente(s) que irá(ão) fazer parte do plano odontológico por ele contratado.

**2.1.1** Para inclusão do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) junto a este plano odontológico será exigida a apresentação à Operadora dos mesmos dados listados acima, em nome do(s) Beneficiário(s) Dependente(s).

**2.1.2** O Beneficiário Titular e o(s) Beneficiário(s) Dependente(s) serão denominados neste Contrato simplesmente como Beneficiários.

**3. Objeto do Contrato**

O objeto deste Contrato, em conformidade com a Lei nº 9.656/98, é 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 credenciada da Operadora, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a Segmentação Odontológica, com a cobertura das 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.

**4. Natureza do Contrato**

Contrato de adesão, bilateral, na forma do Código Civil Brasileiro, e nos termos da Lei nº 9.656/98 e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estando também, subsidiariamente, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

**5. Tipo de Contratação**

Plano individual ou familiar. Oferece cobertura odontológica prestada ao Beneficiário, pessoa física, com ou sem grupo familiar.

**6. Tipo de Segmentação Assistencial**

Garantia, ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, na segmentação **Odontológica**.

**7. Área Geográfica de Abrangência**

Região estabelecida pela Operadora, para atendimento odontológico ao Beneficiário. A abrangência geográfica deste plano, com base na Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, é **Nacional**.

**8. Formação do Preço**

A formação do preço deste plano é preestabelecida, ou seja, o valor da mensalidade é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

**9. Plano e Registro na ANS**

**9.1** O plano está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com o nome comercial **Mais Doc Individual Rol Ampliado + Doc Ortodôntica, sob o registro nº 494332235**.

**9.2** O plano do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) será sempre o mesmo do Beneficiário Titular.

**10. Coberturas adicionais**

São as coberturas oferecidas pela Operadora no âmbito deste Contrato que são adicionais às coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica, integrantes do **“Rol Ampliado”** e **“Documentação Ortodôntica”**, a seguir descrito:

**10.1 Rol Ampliado**

**Diagnóstico**

- Teste de capacidade tampão da saliva
- Teste de contagem microbiológica

**Radiologia**

- Radiografia antero-posterior
- Radiografia pósterio-anterior

**Odontopediatria**

- Mantenedor de espaço removível

**Dentística**

- Tratamento de fluorose - microabrasão

**Periodontia**

- Sepultamento radicular

**Cirurgia**

- Remoção de tamponamento nasal
- Retirada de corpo estranho oroantral 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

**Endodontia**

- Clareamento de dente desvitalizado
- Mumificação Pulpar

**10.2 Documentação Ortodôntica****Ortodontia**

- Discrepância de modelos
- Documentação odontológica em mídia digital
- Documentação ortodôntica básica
- Fotografia
- Modelos de trabalho
- Modelos ortodônticos
- Radiografia da mão e punho – carpal
- Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
- Telerradiografia
- Telerradiografia com traçado cefalométrico
- Traçado Cefalométrico

**11. Contratação**

- 11.1** Este plano é destinado à pessoa física denominada Beneficiário Titular, que poderá incluir os seus dependentes (“Beneficiários Dependentes”), mediante a apresentação das respectivas comprovações, conforme critérios estabelecidos na cláusula 11.2, abaixo.

- 11.2** Poderão ser incluídos como Beneficiários Dependentes do respectivo Beneficiário Titular:
- a)** Cônjuge ou companheiro(a);
  - b)** Filhos (as) naturais ou adotivos (as) e enteados (as);
  - c)** Pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos, avós, bisavós, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), genros, noras e cunhados(as);
  - d)** Demais Beneficiários Dependentes não listados acima de qualquer idade, desde que estejam sob tutela ou curatela do Beneficiário Titular por determinação judicial.
- 11.2** O menor de 18 (dezoito) anos de idade e/ou incapaz poderão ser Beneficiários Titulares do Contrato, desde que tenham um responsável legal, podendo este não ser Beneficiário do Contrato, sendo somente o responsável pela contratação do plano.
- 11.3** O Beneficiário Titular ou o responsável pela contratação do plano, em casos de Beneficiário Titular menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, serão os responsáveis pelas informações prestadas no momento da contratação do plano odontológico.

## **12. Inclusão dos Beneficiários**

**12.1 O Beneficiário Titular será incluído no plano odontológico no momento de sua adesão e deverá cumprir os períodos de carência previstos neste Contrato.**

### **12.2 Inclusão de Beneficiário Dependente**

**12.2.1** O(s) Beneficiário(s) Dependente(s) poderá(ão) ser incluído(s) no plano odontológico no momento da contratação pelo Beneficiário Titular ou durante a vigência do Contrato e deverão cumprir as carências estabelecidas nestas condições gerais.

**12.2.2** O filho adotivo menor de 12 (doze) anos poderá ser incluído no plano como Beneficiário Dependente e terá aproveitamento das carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular, desde que a solicitação ocorra em até 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a condição de filho adotivo.

**12.2.3** O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente poderá ser incluído no plano e terá aproveitamento das carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular, desde que a solicitação ocorra em até 30 (trinta) dias do reconhecimento.

## **13. Coberturas e Procedimentos Garantidos**

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, observada a Diretriz de Utilização – DUT, quando aplicável, de acordo com a Segmentação Odontológica, os quais

constam descritos nas cláusulas abaixo, as quais considerar-se-ão automaticamente atualizadas caso haja eventual alteração no Rol (incorporação e exclusão de procedimentos), dispensada a exigência de formalização através de aditivo contratual.

**13.1** 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 constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação odontológica, estarão cobertos.

**13.2 Diagnóstico**

- Consulta odontológica
- Consulta Odontológica para Avaliação técnica de Auditoria
- Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
- Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
- Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
- Diagnóstico e tratamento de halitose
- Diagnóstico e tratamento de Trismo
- Diagnóstico e tratamento de xerostomia
- Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais
- Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
- Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
- Teste de fluxo salivar
- Teste de PH salivar

**13.3 Urgência**

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

**13.4 Radiologia**

- Levantamento radiográfico (Exame radiodôntico/periapical completo)
- Radiografia interproximal - bite-wing
- Radiografia oclusal
- Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
- Radiografia periapical
- Técnica de localização radiográfica

**13.5 Prevenção**

- Aplicação tópica de flúor
- Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- Atividade educativa em saúde bucal
- Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
- Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais, observada a DUT nº 86
- Controle de biofilme (placa bacteriana)
- Profilaxia: polimento coronário

**13.6 Odontopediatria**

- Adequação de Meio, observada a DUT nº 78
- Aplicação de cariostático, observada a DUT nº 79
- Aplicação de selante - técnica invasiva, observada a DUT nº 80
- Aplicação de selante de fósulas e fissuras, observada a DUT nº 80
- Aplicação tópica de verniz fluoretado
- Condicionamento em Odontologia, observada a DUT nº 86
- Controle de cárie incipiente, observada a DUT nº 80
- Coroa de acetato em dente decíduo, observada a DUT nº 89
- Coroa de aço em dente decíduo, observada a DUT nº 89
- Coroa de policarbonato em dente decíduo, observada a DUT nº 89
- Exodontia simples de decíduo
- Imobilização dentária em dentes decíduos
- Pulpotomia em dente decíduo
- Remineralização
- Restauração atraumática em dente decíduo, observada a DUT nº 100
- Restauração atraumática em dente permanente, observada a DUT nº 100
- Restauração em Amálgama 1 Face em decíduos
- Restauração em Resina 1 Face em decíduos
- Restauração em Amálgama 2 Faces em decíduos

- Restauração em Resina 2 Faces em decíduos
- Restauração em Amálgama 3 Faces em decíduos
- Restauração em Resina 3 Faces em decíduos
- Restauração em Amálgama 4 Faces ou mais em decíduos
- Restauração em Resina 4 Faces Ou Mais em decíduos
- Tratamento endodôntico em dente decíduo

### 13.7 Dentística

- Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- Faceta direta em resina fotopolimerizável
- Restauração de Superfície Radicular
- Restauração de amálgama - 1 face
- Restauração de amálgama - 2 faces
- Restauração de amálgama - 3 faces
- Restauração de amálgama - 4 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 1 face
- Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
- Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
- Restauração temporária / tratamento expectante

### 13.8 Periodontia

- Aumento de coroa clínica
- Cirurgia periodontal a retalho
- Controle pós-operatório em odontologia
- Cunha proximal
- Dessensibilização dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Imobilização dentária em dentes permanentes
- Manutenção Periodontal
- Raspagem subgengival/alisamento radicular

- Raspagem supragengival
- Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Tratamento de abscesso periodontal agudo
- Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
- Tratamento de pericoronarite

### 13.9 Cirurgia

- Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
- Alveoloplastia
- Amputação radicular com obturação retrógrada
- Amputação radicular sem obturação retrógrada
- Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
- Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
- Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
- Aprofundamento/aumento de vestibulo
- Biópsia de boca
- Biópsia de glândula salivar
- Biópsia de lábio
- Biópsia de língua
- Biópsia de mandíbula
- Biópsia de maxila, observada a DUT nº 85
- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia odontológica a retalho
- Cirurgia para exostose maxilar
- Cirurgia para torus mandibular – bilateral
- Cirurgia para torus mandibular – unilateral
- Cirurgia para torus palatino
- Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- Curetagem Apical
- Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial

- Exérese ou excisão de cálculo salivar
- Exérese ou excisão de cistos odontológicos, observada a DUT nº 91
- Exérese ou excisão de mucocele
- Exérese ou excisão de rânula
- Exodontia a retalho
- Exodontia de incluso/impactado supranumerário
- Exodontia de semi-incluso/impactado supranumerário
- Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
- Exodontia de raiz residual
- Exodontia simples de permanente
- Frenulectomia labial
- Frenulectomia lingual
- Frenulotomia labial
- Frenulotomia lingual
- Incisão e Drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- Incisão e Drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- Odonto-secção
- Placa de contenção cirúrgica
- Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
- Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
- Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
- Remoção de dentes inclusos / impactados
- Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
- Remoção de dreno extraoral
- Remoção de dreno intraoral
- Remoção de odontoma, observada a DUT nº 97
- Marsupialização de cistos odontológicos
- Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial, observada a DUT nº 91
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal, observada a DUT nº 98
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal, observada a DUT nº 98
- Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial, observada a DUT nº 99
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial, observada a DUT nº 88

- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial, observada a DUT nº 88
- Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial, observada a DUT nº 99
- Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução, observada a DUT nº 87
- Tunelização, observada a DUT nº 101
- Ulectomia
- Ulotomia

### 13.10 Endodontia

- Capeamento pulpar direto
- Curativo de demora em endodontia
- Curativo endodôntico em situação de urgência
- Preparo para núcleo intrarradicular, observada a DUT nº 94
- Pulpectomia
- Pulpotomia
- Remoção de corpo estranho intracanal
- Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
- Remoção de núcleo intrarradicular
- Retratamento endodôntico unirradicular
- Retratamento endodôntico birradicular
- Retratamento endodôntico multirradicular
- Retratamento endodôntico unirradicular com uso de microscópio
- Retratamento endodôntico birradicular com uso de microscópio
- Retratamento endodôntico multirradicular com uso de microscópio
- Tratamento de perfuração endodôntica
- Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
- Tratamento endodôntico unirradicular
- Tratamento endodôntico birradicular
- Tratamento endodôntico multirradicular
- Tratamento endodôntico unirradicular com uso de microscópio
- Tratamento endodôntico birradicular com uso de microscópio
- Tratamento endodôntico multirradicular com uso de microscópio
- Tratamento de perfuração endodôntica com uso de microscópio

### 13.11 Prótese

- Ajuste Oclusal por acréscimo

- Coroa de acetato em dente permanente, observada a DUT nº 89
- Coroa de aço em dente permanente, observada a DUT nº 89
- Coroa de policarbonato em dente permanente, observada a DUT nº 89
- Coroa provisória com pino, observada a DUT nº 90
- Coroa provisória sem pino, observada a DUT nº 90
- Coroa total acrílica prensada, observada a DUT nº 90
- Coroa total em cerômero, observada a DUT nº 92
- Coroa total metálica, observada a DUT nº 93
- Diagnóstico por meio de enceramento
- Núcleo de preenchimento
- Núcleo metálico fundido, observada a DUT nº 94
- Pino pré-fabricado, observada a DUT nº 94
- Planejamento em prótese, observada a DUT nº 89
- Provisório para Restauração metálica fundida
- Reembasamento de coroa provisória
- Remoção de trabalho protético
- Restauração metálica fundida, observada a DUT nº 95

### 13.12 Disfunção Têmporo Mandibular - DTM

- Consulta de avaliação de DTM
- Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM), observada a DUT nº 96
- Tratamento conservador de luxação da Articulação Têmporo-mandibular – ATM, observada a DUT nº 96

### 13.13 Descrição da Diretriz de Utilização- DUT

A seguir estão descritas todas as condições de cobertura para os procedimentos relacionados acima quando houver Diretriz de Utilização – DUT, de acordo com o número indicado.

DUT Nº 78	Cobertura obrigatória como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 79	Cobertura obrigatória como tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 80	Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

	<p>a. procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;</p> <p>b. procedimento preventivo em fóssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.</p>
DUT Nº 85	Cobertura obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 86	Cobertura mínima obrigatória de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 87	Cobertura obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 88	Cobertura obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 89	<p>Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:</p> <p>a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;</p> <p>b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.</p>
DUT Nº 90	Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 91	Cobertura obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente
DUT Nº 92	Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 93	Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 94	Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

DUT Nº 95	Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.
DUT Nº 96	Cobertura obrigatória quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 97	Cobertura obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 98	Cobertura obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 99	Cobertura obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
DUT Nº 100	Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: a. tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos; b. tratamento temporário em dentes permanentes.
DUT Nº 101	Cobertura obrigatória em dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio.

#### 14. Exclusões de Cobertura

**Estão expressamente excluídas da cobertura deste Contrato as despesas relacionadas a seguir:**

- 14.1 Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica, e suas despesas hospitalares;**
- 14.2 Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;**
- 14.3 Assistência domiciliar de qualquer natureza;**

- 14.4 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- 14.5 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**
- 14.6 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;**
- 14.7 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**
- 14.8 Tratamento odontológico decorrente de casos de cataclismos, guerras e comissões internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 14.9 Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de urgência e emergência, exames, terapia 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;**
- 14.10 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- 14.11 Exames não solicitados pelo Odontólogo assistente;**
- 14.12 Remoções do Beneficiário;**
- 14.13 Todo e qualquer atendimento médico hospitalar;**
- 14.14 Todos os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na Segmentação Odontológica.**
- 15. Vigência e Renovação Automática**
- 15.1** O período de vigência deste Contrato é de 12 (doze) meses, com data de início no dia da adesão do Beneficiário Titular.
- 15.2** Após o período inicial de vigência, este Contrato será renovado automaticamente por período indeterminado.
- 15.3** No ato da renovação do Contrato por período indeterminado, não haverá cobrança de qualquer taxa.
- 16. Carências**
- 16.1** Os Beneficiários cumprirão os prazos de carência descritos a seguir.
- 16.2** Grupos de Carência

**Grupo de carência 0: 24 (vinte e quatro) horas da data de início de vigência do Beneficiário para urgências.**

**Grupo de carência 1: 90 (noventa) dias da data de início de vigência do Beneficiário para diagnóstico, radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística, endodontia, odontopediatria, periodontia, cirurgia e disfunção têmporo mandibular.**

**Grupo de carência 2: 180 (cento e oitenta) dias da data de início de vigência do Beneficiário para documentação ortodôntica/ortodontia e prótese constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS na segmentação odontológica, vigente à época do evento.**

## **17. Urgência**

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

**17.1** Os atendimentos de urgência previstos neste Contrato são os constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica, os quais também estão citados na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, na especialidade Urgência, conforme descrito a seguir:

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

**17.2** Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência na rede credenciada do plano contratado e tenha o Beneficiário efetuado despesas com assistência à saúde bucal, observadas as disposições das cláusulas 18.2. e 18.19, abaixo, o Beneficiário poderá solicitar, mediante a respectiva demonstração do desembolso conforme descrito na cláusula 18.9. e seguintes deste Contrato, o reembolso à Contratada.

**17.2.1** Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão especificados na cláusula a seguir, bem como os prazos para o envio da documentação e para o pagamento pela Contratada.

## **18. Reembolso**

**18.1** O Beneficiário Titular e o(s) Beneficiário(s) Dependente(s) poderão solicitar o reembolso das despesas odontológicas cobertas neste Contrato quando optarem por não utilizar a rede credenciada da Operadora, desde que comprovado o respectivo

desembolso, as quais serão reembolsadas pela Operadora de acordo com o plano e a Tabela de Reembolso SulAmérica Odonto - TRSO.

**18.2** O reembolso das despesas odontológicas eventualmente apresentadas pelo Beneficiário e/ou por seus Dependentes será realizado desde que, cumulativamente:

- a) as despesas sejam decorrentes de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, ou estejam previstas contratualmente;
- b) as despesas tenham ocorrido de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT), editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigentes à época do evento, e compatível ao fim a que se destina;
- c) o prestador dos serviços/atendimento utilizado pelo Beneficiário esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados; e
- d) o prestador utilizado pelo Beneficiário não seja credenciado da Contratada ou, se credenciado, o serviço prestado não seja credenciado pela Contratada.

**18.2.1** Não obstante o constante na cláusula 18.2, para fins de prevenção de fraudes e nos termos da Resolução Normativa nº 529/2022, à Contratada é resguardado o direito de formular questionamentos e de solicitar documentos complementares em caso de dúvidas, bem como de realizar auditorias quanto ao cumprimento dos critérios estabelecidos acima e/ou a confirmação de qualquer outra informação e/ou elemento apresentado quando da solicitação de reembolso.

**18.2.2.** Os valores a serem reembolsados não guardam qualquer relação com os preços negociados e pagos pelo Beneficiário Titular e/ou por seus Dependentes junto a quaisquer profissionais e/ou clínicas, não havendo, portanto, qualquer obrigatoriedade de reembolso integral de tal despesa por parte da Operadora.

### **18.3 Tabela de Reembolso SulAmérica Odonto - 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 ANS, 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 ao Beneficiário no Portal SulAmérica Saúde Online, para visualização ou *download*. A Tabela de Reembolso também ficará disponível na Operadora.

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

**18.3.1.1** O valor unitário de cada procedimento poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses,

respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8/1998, alterada pela Resolução CONSU nº 15/1999, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

- 18.3.1.2** 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.

- 18.4** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e é calculado da seguinte forma:

$\begin{array}{c} \text{Valor unitário do procedimento*} \\ \times \\ \text{Quantidade de vezes que o procedimento foi realizado} \end{array}$
--

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

- 18.5 Prazo de reembolso:** O reembolso, se atendidos todos os requisitos previstos nestas Condições Gerais, será efetuado diretamente em conta bancária de titularidade do Beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 18.6** O valor reembolsado não será, em hipótese alguma, superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário pelas respectivas despesas.

- 18.7 Prazo de solicitação de revisão de valores de reembolso:** É facultado ao Beneficiário Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Contratada.

- 18.8** Para solicitação do reembolso das despesas odontológicas é obrigatória a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Formulário próprio da Operadora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo Prestador, disponível no seguinte endereço eletrônico <https://portal.sulamericaseguros.com.br/para-voce/odonto/reembolso/>
- b) Recibo original impresso do próprio dentista e/ou Nota Fiscal quitada da Clínica Odontológica que efetuou o atendimento contendo:
  - Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
  - Descrição do(s) serviço(s) realizado(s), quantidade com valor unitário, data(s), horário(s) e endereço completo do local de atendimento;

- Descrição de materiais e medicamentos utilizados no atendimento do Beneficiário com valor unitário;
- Descrição do diagnóstico ou código do CID;
- Nome completo, nº de CPF, telefone, nº de CRO com carimbo e assinatura, bem como a especialidade do dentista que prestou o atendimento ao Beneficiário;
- Nome e endereço completo do prestador de serviço;
- CPF para prestador pessoa física, e;
- Razão Social, nº de CNPJ e nº do CNES do estabelecimento de atendimento, se pessoa jurídica;
- Assinatura do profissional que realizou o atendimento do Beneficiário.

**c) Documentação Clínica do Tratamento Realizado**

- Radiografias iniciais e finais para tratamento de próteses, cirurgia, endodontia e cirurgias periodontais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação odontológica.
- Laudos ou relatórios descritivos emitidos pelo cirurgião dentista responsável.

**18.9** Independentemente do procedimento realizado pelo Beneficiário, para o efetivo reembolso não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: RPA (recibos de pagamentos de autônomos), RPS (recibos provisórios de serviços), recibos temporários (em forma de caução), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica).

**18.10** Além dos recibos e notas fiscais, a Contratada poderá solicitar o comprovante que demonstre o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque ou demonstrativo de pagamento eletrônico ou comprovante individual de lançamento em cartão de crédito, sendo que na hipótese de pagamento em dinheiro, o Beneficiário deverá preencher uma declaração de pagamento, conforme modelo disponibilizado pela Contratada.

**18.11** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação do regular registro do prestador nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços objeto da solicitação de reembolso e a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas odontológicas realizadas, a Contratada solicitará ao Beneficiário documentos e/ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas Condições Gerais para efetivação do reembolso, que, se aprovado, será realizado em 30 (trinta) dias a partir da entrega completa pelo Beneficiário à Contratada das informações e dos documentos complementares.

**18.12** O Beneficiário Titular deverá manter os seus dados cadastrais, bem como de seus dependentes, devidamente corretos, completos e atualizados, antes da solicitação de reembolso, a fim de que a Contratada seja capaz de entrar, eventualmente, em

contato com ele e/ou com o seu grupo familiar, em caso de dúvidas e/ou solicitações adicionais, se aplicável.

**18.13** A relação de documentos necessários para Reembolso também poderá ser consultada no endereço eletrônico <https://portal.sulamericaseguros.com.br/para-voce/odonto/reembolso/>, sendo certo que tal consulta não invalida a necessidade de envio de informações e/ou documentos adicionais, conforme previsto na cláusula 18.11.

**18.14 Guarda de documentos:** A Contratada somente manterá em sua guarda recibos e notas fiscais originais, referentes às despesas ressarcidas, total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**18.14.1** Será de responsabilidade do Beneficiário guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, por no mínimo 5 (cinco) anos, quando a solicitação de reembolso for enviada à Contratada de forma eletrônica.

**18.14.2** O Beneficiário deverá enviar à Contratada os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída e, portanto, sua solicitação de reembolso não ser deferida e/ou, em tendo sido efetuado o reembolso, dada a ausência de comprovação da regularidade da documentação apresentada ou posterior identificação de indícios de fraude ou de fraude comprovada, de ser obrigado ao ressarcimento de tais valores à Contratada.

**18.15** À Contratada é resguardado o direito de realizar auditorias, a qualquer tempo, para confirmar a conformidade dos documentos apresentados pelo Beneficiário e do processo de pedido de reembolso de despesas odontológicas, de acordo com as obrigações a ele relacionadas nestas Condições Gerais.

**18.15.1** A auditoria poderá ser realizada por equipe de auditoria interna da Contratada ou por meio de terceiro contratado.

**18.15.2** O Beneficiário deverá enviar à Contratada, dentro do prazo de solicitação de Reembolso, evidências que demonstrem a conformidade dos documentos apresentados por ele e do processo de pedido de reembolso de despesas odontológicas.

**18.16** A solicitação de Reembolso das despesas odontológicas por terceiros é terminantemente proibida, devendo ser realizada exclusivamente pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes por meio informado pela Central de Relacionamento Odonto.

**18.17** O Beneficiário deverá manter sigilo e confidencialidade em relação aos seus dados de acesso (login e senha) aos canais digitais da Contratada, sendo vedado o seu compartilhamento ou a sua divulgação com/para terceiros, em qualquer hipótese, sob pena:

a) da exclusão da sua conta de acesso aos canais digitais da Contratada;

- b) do não recebimento de eventuais valores de reembolso solicitados por terceiro;
- c) do cancelamento imediato e motivado do plano odontológico do respectivo Beneficiário Titular e de seu grupo familiar, inclusive na hipótese de compartilhamento/divulgação de dados de acesso aos canais digitais da Contratada por Beneficiário Dependente, sem direito à devolução das mensalidades pagas; e
- d) de o Beneficiário responsável pelo compartilhamento ser obrigado a ressarcir à Contratada os danos que sobrevierem dessa divulgação indevida.

**18.17** Não haverá reembolso quando se tratar de procedimento não coberto pelo plano contratado ou quando, por exemplo, for identificado o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento (fracionamento do valor da consulta/procedimento) **e/ou** com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada consulta/procedimento **e/ou** quando deixar de ser comprovado o prévio desembolso do valor objeto do pedido de reembolso **e/ou** quando ocorrer a solicitação de reembolso por terceiros **e/ou** de consulta/procedimento não ocorrido ou diverso do efetivamente realizado **e/ou** quando identificada qualquer rasura, adulteração e/ou indício de fraude no documento apresentado **e/ou** no processo de pedido de reembolso em si, na medida em que tal(is) prática(s) configura(m) conduta(s) tipificada(s) no Código Penal Brasileiro ou, ainda, quando o prestador não for regularmente registrado nos órgãos governamentais e/ou de classe para a prestação dos serviços objeto da solicitação de reembolso.

**18.17.1** A Contratada também se resguarda ao direito de não reembolsar os valores oriundos de atendimentos, procedimentos e/ou eventos realizados em prestadores contra os quais tenha indícios de fraude ou fraude comprovada, reconhecidos por decisão judicial, seja interlocutória ou definitiva.

**18.18** Se qualquer documento apresentado para solicitação de reembolso das despesas odontológicas nos casos de urgência for considerado falso e/ou se for constatada fraude no processo de pedido de reembolso em si, a Contratada se reserva o direito de cancelar imediatamente o plano odontológico do respectivo Beneficiário Titular e de seu grupo familiar, sem direito à devolução das mensalidades pagas, inclusive na hipótese de o(s) documento(s) falso(s) e/ou fraude ter(em) sido apresentado(s)/causado(s) por Beneficiário Dependente, sem prejuízo, ainda, das responsabilidades civis e penais cabíveis em face do Beneficiário Titular, qualquer de seus Dependentes e/ou terceiros envolvidos na conduta, sem que seja devida pela Contratada qualquer indenização a quem quer que seja a qualquer título em razão do cancelamento do plano.

## **19. Rede Credenciada**

**19.1** A rede credenciada consiste no conjunto de dentistas especializados, clínicas e consultórios colocados à disposição dos Beneficiários pela Operadora, para que sejam prestados os atendimentos odontológicos de acordo com o Contrato.

**19.2** A Operadora efetuará, por conta e ordem do Beneficiário, o pagamento aos profissionais ou instituições da rede credenciada pelos serviços odontológicos cobertos realizados.

- 19.3** A rede credenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios credenciados ou da Operadora, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente.
- 19.3.1** A relação contendo toda movimentação da rede credenciada estará disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br).
- 19.4** A utilização da rede credenciada se dará mediante a apresentação obrigatória do documento de identidade com foto do Beneficiário, bem como do Cartão Digital de identificação SulAmérica Odonto.
- 19.5** A relação da rede credenciada será disponibilizada por meio da website [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br) ou, ainda, na Central de Atendimento, cujo número do telefone consta no seu cartão digital de identificação.
- 19.6** Havendo dificuldade no atendimento diretamente pela Rede Credenciada deverá o Beneficiário entrar em contato com Operadora para fins de cumprimento dos prazos máximos para atendimento, conforme previsto na RN nº 566/2022 da ANS e suas atualizações.
- 19.7** Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede credenciada da Operadora no município de demanda do Beneficiário, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS e suas atualizações.
- 20. Liberação de Atendimento**  
Para a utilização dos serviços dos dentistas ou clínicas especializadas da rede credenciada será indispensável que o credenciado solicite liberação de atendimento à Operadora.
- 21. Divergências Odontológicas**  
As divergências e dúvidas de natureza odontológica relacionadas à cobertura dos procedimentos e eventos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, serão solucionadas por meio de realização de junta odontológica, nos termos da norma vigente da ANS, à época do evento.
- 21.1** A junta odontológica será formada por três profissionais: o assistente, o da Operadora e o desempatador.
- 21.2** O profissional assistente e o profissional da Operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador, sendo que o parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.
- 21.2.1** O desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento em questão, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia – CFO.
- 21.3** A Operadora deverá garantir um profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

- 21.4** A junta odontológica dever ser composta somente por cirurgiões dentistas. Poderá integrar como desempatador um médico, se convidado, em comum acordo entre profissional assistente e o profissional da Operadora, para opinar em assuntos de sua competência.
- 21.5** A Operadora deverá notificar, simultaneamente, o profissional assistente e o Beneficiário, ou seu representante legal, com documento contendo:
- a)** a identificação do profissional da Operadora responsável pela avaliação do caso;
  - b)** os motivos da divergência técnico-assistencial;
  - c)** a indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações;
  - d)** o prazo para a manifestação do profissional assistente;
  - e)** a informação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, haverá eleição pela Operadora, dentre os indicados, do cirurgião dentista desempatador;
  - f)** a informação de que o Beneficiário ou cirurgião dentista assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;
  - g)** a informação de que a ausência não comunicada do Beneficiário, no caso de junta presencial, desobriga a Operadora de cobrir o procedimento solicitado.
- 21.6** O profissional assistente tem o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação citada no item 21.5 supra, para manter a indicação clínica ou acolher o parecer da Operadora que motivou a divergência técnico-assistencial.
- 21.7** A junta deverá ser concluída com a elaboração de parecer técnico do desempatador, devendo tal parecer ser informado pela Operadora ao Beneficiário e ao profissional assistente em até 02 (dois) dias úteis.
- 21.8** Caso a indicação do parecer conclusivo seja pela não realização do procedimento, não restará caracterizada a negativa de cobertura assistencial indevida por parte da Operadora.

## **22. Pagamento da Mensalidade**

**22.1** O valor da mensalidade a ser paga pelo Contratante será de acordo com o número de Beneficiários inscritos no momento da contratação e poderá ser paga na forma disponível naquele momento.

**22.1.1** Haverá desconto no valor da mensalidade, de acordo com o número de beneficiários incluídos no momento da contratação, conforme tabela abaixo:

Quantidade de Beneficiários incluídos (no momento da contratação)	Percentual de Desconto
2 Beneficiários	10% (dez por cento)
3 Beneficiários ou mais	22% (vinte e dois por cento)

- 22.2** O valor inicial da mensalidade, já considerando eventual desconto conforme cláusula 22.1.1, acima, está expresso no Termo de Adesão, que é parte integrante deste Contrato.
- 22.3** O vencimento da mensalidade será correspondente ao dia da realização do primeiro pagamento pelo Contratante. Caso a data de vencimento coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.
- 22.4** As inclusões de Beneficiários ocorridas após o fechamento do faturamento da mensalidade serão contabilizadas no mês subsequente à solicitação de inclusão, conforme os valores vigentes na data da inclusão.
- 22.5** Se o Beneficiário não receber a fatura mensal em até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-la diretamente à Operadora, para que não incidam os encargos e demais penalidades mencionadas neste Contrato.
- 22.6** Ao valor da mensalidade em atraso será automaticamente acrescida multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um por cento) ao mês, além de correção monetária.
- 22.7** O atraso no pagamento de 2 (duas) mensalidades, consecutivas ou não, poderá implicar no cancelamento do Contrato, observado o disposto na cláusula 25.2 destas Condições Gerais.
- 22.8** O pagamento da(s) mensalidade(s) não quita eventuais débitos anteriores.
- 22.9** O pagamento antecipado das mensalidades não isenta e nem reduz os prazos de carência.
- 22.10** Se a Operadora não identificar o pagamento de qualquer mensalidade vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validado por estabelecimento bancário.

### **23. Reajuste Anual**

- 23.1** O valor da mensalidade do Contrato será reajustado anualmente de acordo com variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, correspondente ao acumulado nos 12 (doze) meses anteriores a contar da data-base de vigência inicial do Contrato, considerando a última competência publicada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- 23.2** Independente da data de inclusão do(s) Beneficiário(s) Dependente(s), os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do Contrato, por ser a única data-base do Contrato.

**23.3** Após aplicação do reajuste, as avaliações posteriores serão anuais e a efetiva aplicação dar-se-á após decorridos, no mínimo, 12 (doze) meses da aplicação do último reajuste, salvo determinação e/ou autorização diversa pelo órgão governamental competente.

## **24. Exclusão do Beneficiário**

**24.1** O Beneficiário Titular ou Dependente será excluído do Contrato nos seguintes casos:

- a) Em caso de morte do Beneficiário. A exclusão do Beneficiário deverá ser comunicada em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança de mensalidade;
- b) infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do plano ou da Contratada, praticadas por qualquer dos Beneficiários;
- c) Pela inobservância de cumprimento pelo Beneficiário e seus Dependentes às obrigações contratuais ou no caso de declarações inexatas para a Contratada, em qualquer momento;
- d) Por solicitação do Beneficiário Titular.

**24.2** O Beneficiário Titular poderá solicitar a sua exclusão do Contrato ou de seu Dependente, por meio de um dos canais de atendimento da Operadora.

**24.3** A extinção do vínculo do Beneficiário Titular não extingue o Contrato, sendo assegurado aos Beneficiários Dependentes, já inscritos no plano, o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção destes às obrigações decorrentes do Contrato.

**24.4** A exclusão unilateral pela Contratada nas situações previstas nos itens 'b' e 'c' da cláusula 24.1 ocorrerá mediante notificação comprovada nos termos da legislação vigente.

## **25. Cancelamento do Contrato**

**25.1** A Operadora poderá cancelar o Contrato, quando houver fraude comprovada mediante notificação comprovada nos termos da legislação vigente.

**25.2** A Operadora poderá cancelar o Contrato não havendo o pagamento de 2 (duas) mensalidades, consecutivas ou não, desde que a Contratada notifique o Beneficiário até o quinquagésimo dia de inadimplência, oportunizando o pagamento em até 10 (dez) dias ininterruptos do recebimento da notificação. Nesta hipótese, o cancelamento somente será efetivado caso o pagamento da mensalidade inadimplida não ocorra dentro de tal prazo.

**25.2.1** Na hipótese de a notificação de inadimplência for recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência, será concedido o prazo de 10 (dez) dias para pagamento do débito, contados a partir do recebimento da notificação.

**25.2.2** Caso o beneficiário envie questionamento formal, relacionado ao pagamento do débito citado na notificação, dentro dos 10 (dez) dias referidos na cláusula anterior, será oportunizado um novo prazo de 10 dias corridos, contados da data do recebimento da dúvida do beneficiário, para pagamento da parcela inadimplida. Tal questionamento deve, obrigatoriamente, estar relacionado ao pagamento do débito citado na notificação.

**25.2.3** Em havendo um segundo questionamento, apenas será concedido um novo prazo de 10 dias corridos para pagamento, caso seja uma dúvida fundamentada, diferente da primeira e sobre a qual a Contratada não tenha prestado o devido esclarecimento.

**25.2.3.1** Em hipótese alguma conceder-se-á um novo prazo para pagamento caso tal questionamento tenha efeito meramente protelatório, entendido como aquele que visa apenas atrasar o cumprimento da obrigação de pagamento, como, por exemplo, mas não se limitando, a alegações de falta de recebimento de notificações anteriores, quando comprovadamente enviadas nos termos do contrato e da legislação vigente, solicitações de documentos ou informações que já foram fornecidas anteriormente, questões que não se refiram ao inadimplemento em si, mas a outros aspectos do contrato que não têm impacto na obrigação financeira do beneficiário.

**25.2.3.2** A Contratada se reserva o direito de considerar como inadimplemento a falta de pagamento da totalidade ou de parte dos débitos mencionados na notificação, após os prazos estabelecidos nas cláusulas anteriores, independentemente da análise de questionamentos que não atendam aos critérios acima. Sem prejuízo do direito de a Operadora requerer o protesto do documento representativo da dívida junto ao Cartório de Protesto de Títulos e Documentos da Circunscrição da Comarca e Estado competente, bem como requerer extrajudicialmente ou judicialmente a quitação dos valores devidos, com a aplicação das penalidades legais e contratuais, tais como multa, juros de mora e correção monetária.

**25.3** O Beneficiário Titular poderá solicitar, a qualquer momento, o cancelamento do Contrato antes do término da vigência mínima de 12 (doze) meses. Nesta hipótese, incidirá uma multa por cancelamento antecipado, a ser pago pela Contratante, no percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência inicial contratado.

**25.3.1** A multa será calculada sobre o valor da última mensalidade, multiplicado pelos meses que faltarem para o término da vigência mínima.

**25.3.2 A multa também será cobrada nos casos em que a Operadora cancelar o Contrato por inadimplência ou fraude antes do término do período inicial de vigência, sem prejuízo da cobrança das mensalidades vencidas e dos devidos encargos por inadimplemento previstos neste Contrato.**

**25.3.3 A multa deverá ser paga pelo Contratante até a data de vencimento constante no boleto emitido pela Contratada, ou outro meio definido pela Operadora.**

## **26. Auditoria Clínica**

**26.1** Consiste em uma consulta de verificação clínica, por um dentista qualificado e indicado pela Operadora, dos tratamentos propostos ou executados por profissional habilitado, destinados a verificar o bom andamento do tratamento e padrão de qualidade, a qual não se confunde com a junta odontológica.

**26.2** A Operadora reserva-se o direito de solicitar auditoria clínica a qualquer tempo, sendo obrigatória para os Beneficiários.

## **27. Proteção de Dados Pessoais**

**27.1** A Operadora se compromete a cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, bem como toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014) e seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, garantindo que, caso o escopo do objeto deste Contrato inclua o tratamento de dados pessoais, não haverá violação das disposições da referida legislação, observado o disposto nestas Condições Gerais.

**27.2** Os dados pessoais coletados do Beneficiário serão tratados, exclusivamente, para garantir a assistência odontológica contratada, cumprir obrigações impostas em lei ou por órgãos reguladores das atividades da Operadora e/ou quando autorizado por lei, conforme detalhado na Política de Privacidade da SulAmérica, disponível no site <https://portal.sulamericaseguros.com.br/politica-de-privacidade/> (“Política de Privacidade”).

**27.3.** A Operadora poderá compartilhar os dados pessoais do Beneficiário, de acordo com as diretrizes contidas em sua Política de Privacidade, com:

(i) prestadores de serviços, fornecedores de produtos e parceiros de negócios, essenciais para as atividades da Operadora, que também possuem obrigação de garantir a proteção dos dados pessoais do Beneficiário;

(iii) autoridades e órgãos governamentais em função de obrigações impostas em leis ou regulamentos;

(iv) no caso de transações e alterações societárias envolvendo a Operadora, nas quais os envolvidos também possuem obrigação de garantir a proteção dos dados pessoais do Beneficiário;

(v) entre as empresas do conglomerado da Operadora, com a finalidade de viabilizar a execução do Contrato celebrado ou para a oferta de outros produtos ou serviços disponibilizados pela Operadora.

## **28. Disposições Gerais**

**28.1** Fazem parte deste Contrato o Cartão Digital SulAmérica Odonto, o Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS, o Guia de Leitura Contratual – GLC, e o Termo de Adesão, todos disponibilizados previamente à contratação de forma digital por meio do canal da parceria pelo qual foi adquirido o plano.

**28.2** As informações mínimas acerca dos diferentes tipos de contratação de plano privado de assistência à saúde encontram-se disponíveis no *website* [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br), conforme modelo constante no Anexo I da RN nº 509/2022.

## **29. Foro**

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Contratante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente Contrato.