

CONDIÇÕES GERAIS

03 a 29 beneficiários

Olá,

Seja bem-vindo à Golden Cross. Para nós, é muito importante cuidar da saúde dos seus funcionários e contribuir cada vez mais para o sucesso da sua empresa.

Elaboramos esta Condição Geral, que identifica claramente as coberturas e benefícios contratados para facilitar ainda mais o entendimento sobre o produto escolhido.

Caso tenha alguma dúvida quanto às cláusulas contratuais e/ou sobre a utilização do plano, entre em contato conosco através do portal www.goldencross.com.br ou ligue para nossas Centrais de Atendimento.

A partir de agora, sua saúde está nos nossos planos.

Conte sempre conosco.



ANS - nº 403911

CONDIÇÕES GERAIS

03 a 29 beneficiários

SEDE:
Rua Moraes e Silva, 40, Parte, Maracanã - RJ - CEP: 20271-904
CNPJ: 01.518.211/0001-83

FILIAL:
Av. Brigadeiro Lima e Silva nº 1.807, Jd. Vinte e Cinco de Agosto - D. Caxias - RJ - CEP: 25071-181
CNPJ: 01.518.211/0005-07

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO ODONTOLÓGICO (03 A 29 BENEFICIÁRIOS)

Razão Social	
Nome Fantasia	
CNPJ	Inscrição Municipal
Inscrição Estadual	
Endereço do CNPJ	
Complemento	Bairro
Cidade	UF CEP
Endereço para correspondência	
Complemento	Bairro
Cidade	UF CEP
Ramo de atividade	

Dados do Representante Legal do Proponente

Nome	
Endereço completo	
Bairro	Cidade
UF CEP	

Dados do Funcionário/Responsável pelo Contato

Funcionário	DDD Telefone
Email	DDD Fax

Produto Contratado e Rede de Atendimento

OR 70 - Goldental 2 - Rede Master (Reg. ANS nº 471298146)

Fatura/ Vigência do Contrato

Data de vigência: ____/____/____ Vencimento: _____

Dados do Corretor

Nome do corretor (por extenso): _____
Código de identificação de vendas: _____ CTR Comissão: _____

Dados Contratuais

Número de vidas: _____ Número de titulares: _____
Número de dependentes: _____

Percentual / valor de contribuição no prêmio:

Proponente: _____ Beneficiário: _____
Versão do plano: _____ Taxa de cadastro: R\$ _____

Valor total (mensalidade+taxa de cadastro): R\$ _____

Deseja receber sua boleto de pagamento via email? Sim Não

Email para envio da boleto de pagamento*: _____

*Ao fazer a opção de envio da boleto via email, a mesma deixará de ser postada via correio.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Através do presente instrumento manifesto a intenção em firmar contrato com a Vision Med Assistência Médica Ltda., com base nos dados constantes na Proposta Comercial de Contrato Coletivo Goldental, assumindo o compromisso de prestar-lhe todas as informações sobre os beneficiários que pretendo incluir na(s) cobertura(s) do(s) plano(s) odontológicos, bem como sobre os respectivos dependentes;

Declaro que:

Tenho ciência e estou de acordo com os dados da Proposta Comercial de Contrato Coletivo Goldental e com o vencimento da fatura, comprometendo-me a devolver a presente no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas úteis, devidamente assinada e carimbada, sendo certo que se a devolução não ocorrer até a data limite, haverá alteração de início de vigência contratual;

Tenho ciência que o contrato só se inicia após a aceitação desta Proposta Comercial de Contrato Coletivo Goldental, na data negociada entre as partes estabelecida no presente documento, sendo certo que o adiantamento de qualquer valor não implica na sua aceitação e será devolvido, juntamente com a proposta, caso a mesma seja recusada;

Tenho ciência e estou de acordo que a quantidade de vidas do Grupo Beneficiado assinalada na Proposta Comercial de Contrato Coletivo Goldental determina as respectivas Condições Gerais e regras do contrato;

Concordo que a Vision Med Assistência Médica Ltda., implante o(s) correspondente(s) contrato(s) em conformidade com o disposto nas Condições Gerais devidamente aprovadas pela ANS.

Tenho ciência e estou de acordo que a opção pelo(s) produto(s) assinalado(s) na Proposta Comercial de Contrato Coletivo Goldental determina a rede referenciada;

Tenho ciência de que os valores apresentados nesta proposta correspondem ao número de vidas e área de comercialização informados pelo Proponente na Proposta Comercial de Contrato Coletivo Goldental e quaisquer alterações nas informações anteriormente prestadas poderão implicar na revisão dos valores expressos em reais;

Comprometo-me a comunicar à Vision Med Assistência Médica Ltda. quaisquer ocorrências que impliquem alteração ou cancelamento do contrato, bem como informar aos beneficiários, em qualquer ocasião acerca das condições contratadas;

Recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com as condições ali dispostas;

Tenho ciência que sou responsável pela distribuição do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o qual já foi recebido, e do Guia de Leitura Contratual (GLC), o qual será recepcionado pela empresa, junto com as carteiras de identificação do plano, devendo obter protocolo de recebimento destes documentos de todos os beneficiários que forem incluídos no contrato;

Todas as informações prestadas neste documento são verdadeiras, completas, de meu inteiro conhecimento e responsabilidade;

Tenho ciência que constatados dados falsos, incorretos, inverídicos ou incompletos, o contrato poderá ser rescindido nos termos estabelecidos nas Condições Gerais e no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que "Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido".

Local e data

Assinatura Golden Cross

Nome do Corretor (legível)

Assinatura do Proponente

Assinatura do Corretor

Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Este documento deve ser devidamente datado, carimbado e assinado pelo responsável da empresa.

CONDIÇÕES GERAIS

03 a 29 beneficiários

ÍNDICE

1. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	15
2. TIPO DE CONTRATAÇÃO	15
3. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	15
4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	15
5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	15
6. ATRIBUTOS DO CONTRATO	15
7. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	16
8. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	17
9. EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	22
10. DURAÇÃO DO CONTRATO.....	23
11. PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	23
12. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	27
13. ACESSO A LIVRE ESCOLA DE PRESTADORES.....	28
14. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	28
15. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	29
16. REAJUSTE	30
17. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	31
18. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	33
19. SUSPENSÃO, RESILIÇÃO E RESCISÃO	34
20. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	35
21. DEFINIÇÕES.....	36
22. ELEIÇÃO DE FORO	38
COBERTURAS ADICIONAIS	40
CLASSIFICAÇÃO DO PRODUTO.....	44

CONDIÇÕES GERAIS

03 a 29 beneficiários

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL DE COBERTURA DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, COMO CONTRATADA, VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., COM SEDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NA RUA MORAIS E SILVA, N.º 40, PARTE, MARACANÃ, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB O N.º 01.518.211/0001-83, CEP: 20271-904, E FILIAL NA AVENIDA BRIGADEIRO LIMA E SILVA, Nº 1.807, JD. VINTE E CINCO DE AGOSTO, DUQUE DE CAXIAS, RJ, CEP: 25071-181, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB O N.º 01.518.211/0005-07, REGISTRADA NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS SOB O N.º 403911, CLASSIFICADA COMO EMPRESA DE MEDICINA DE GRUPO, E, DE OUTRO LADO, A ESTIPULANTE, CONFORME PROPOSTA QUE PASSA A FAZER PARTE INTEGRANTE E COMPLEMENTAR DO PRESENTE CONTRATO.

1. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Empresarial Goldental 2 – Número de registro: **471298146**

2. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Plano Coletivo Empresarial Privado de Assistência à Saúde Suplementar.

3. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O presente contrato compreende a segmentação exclusivamente odontológica.

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência deste contrato é de grupo de estados.

5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins.

6. ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato coletivo tem por objeto a prestação continuada, dentro dos limites estabelecidos para cada evento nestas Condições Gerais, obedecendo aos parâmetros estabelecidos pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e respectiva legislação suplementar, de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, visando a assistência odontológica, com a cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, por prazo indeterminado, sem limite financeiro, ao BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou de seus DEPENDENTES devidamente incluídos no contrato.

Trata-se de contrato bilateral, contemplando direitos e obrigações para ambas as partes, nos termos da legislação civil em vigor, aplicando-se em especial os dispositivos inseridos nos arts. 458 a 461 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), caracterizando-se como contrato de adesão, na forma do disposto no art. 54 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

7. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Este plano é destinado a atender os BENEFICIÁRIOS que possuam vínculo com a ESTIPULANTE, em decorrência de relação empregatícia ou estatutária, comprovados em documentação oficial. Poderão, ainda, ser incluídos como BENEFICIÁRIOS, os sócios e/ou administradores da ESTIPULANTE.

Caso a ESTIPULANTE inclua BENEFICIÁRIOS sem os vínculos previstos neste contrato, a CONTRATADA reserva-se ao direito de, a qualquer tempo, cobrar da ESTIPULANTE eventuais valores que venha a despendar em função deste descumprimento.

A ESTIPULANTE assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas no documento no qual constam os Dados Cadastrais do Grupo Beneficiado, ciente do que dispõe o art. 422 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), transcrito a seguir:

“Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.”

A proposta apresentada pela ESTIPULANTE à CONTRATADA contemplará todos os componentes do Grupo Beneficiado, admitida a inclusão de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES com o consequente pagamento da respectiva mensalidade, desde que observados os prazos previstos neste contrato.

São considerados BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES as pessoas físicas efetivamente incluídas neste contrato pela ESTIPULANTE, por solicitação do BENEFICIÁRIO TITULAR, limitando-se a cônjuge ou companheiro (a), filhos (as) naturais ou adotivos solteiros (as) até 21 anos incompletos ou filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, comprovadamente estudantes universitários (as) ou de escola técnica de ensino médio.

A adesão e manutenção dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES no presente contrato dependerá da participação no plano de saúde do respectivo BENEFICIÁRIO TITULAR.

Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES (recém nascidos* sejam filhos naturais, adotivos, sob guarda ou tutela) incluídos no contrato estarão isentos de carências, desde que sua inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela, respectivamente, e o BENEFICIÁRIO TITULAR não esteja cumprindo qualquer prazo de carência. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR ainda esteja cumprindo carências, o BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES (recém nascidos* sejam filhos naturais, u adotivos, sob guarda ou tutela) deverão cumprir os prazos de carência previstos neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

*Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde: “art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida”.

A inclusão no contrato com o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR também será garantida nos seguintes casos:

- a) Filho(s) natural(is) menor(es) de 12 (doze) anos incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade pelo BENEFICIÁRIO TITULAR;
- b) Menor(es) de 12 (doze) anos sob guarda ou tutela do BENEFICIÁRIO TITULAR, desde que incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da guarda ou tutela;
- c) Filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, quando incluído(s) no contrato, aproveitará(ão) os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante, conforme disposto no inciso VII, do art. 12 da Lei nº 9.656/98.

O Grupo Beneficiado Inicial deverá ser constituído por, no mínimo, 3 (três) BENEFICIÁRIOS, sendo 2 (dois) BENEFICIÁRIOS PRINCIPAIS.

Para manutenção do contrato, o Grupo Beneficiado deverá conter, no mínimo, 3 (três) BENEFICIÁRIOS.

O BENEFICIÁRIO passará a integrar o presente contrato tão logo se verifique por parte da CONTRATADA, a sua Ficha Cadastral e o correto encaminhamento de toda documentação, inclusive de seus DEPENDENTES, sendo certo que os prazos para inclusão de BENEFICIÁRIOS previstos neste instrumento deverão ser observados. Nenhuma inclusão ou exclusão de DEPENDENTES no presente contrato terá efeito se não for realizada por meio de declaração do BENEFICIÁRIO TITULAR, formalizada expressamente pela ESTIPULANTE.

As movimentações cadastrais (inclusões, exclusões ou alterações) serão de responsabilidade da ESTIPULANTE e deverão ser solicitadas e entregues à CONTRATADA em até 25 (vinte e cinco) dias antes do vencimento de sua fatura. As movimentações recebidas após esse prazo só serão contempladas na fatura do mês posterior.

8. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidos nestas Condições Gerais para o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES, este contrato destina-se à pessoa jurídica e tem por objetivo cobrir todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e despesas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos e Saúde vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, conforme abaixo:

Diagnóstico
Consulta odontológica inicial - consiste em anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico;
Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial - consiste em exame feito de tecido obtido por biópsia incisiva ou excisional. O objetivo principal do exame é a definição clara de uma patologia: neoplasia, inflamatória, infecciosa, etc. No caso de neoplasias, são fornecidas informações para o estadiamento e prognóstico;
Teste de fluxo salivar - é um teste em que se observa a saliva com relação ao volume secretado sob estímulo mecânico (que é o fluxo salivar);
Urgência / Emergência
Ajuste oclusal por desgaste seletivo - consiste em realizar pequenos desgastes seletivos visando à obtenção de harmonia oclusal;
Colagem de fragmentos dentários - consiste na colocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial - consistem na aplicação de hemostático e sutura na cavidade bucal;
Exodontia simples de decíduo - consiste em realizar extração dentária de dentes decíduos;
Exodontia simples de permanente - consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados;
Imobilização dentária em dentes permanentes - procedimento que visa à imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocada por trauma;
Incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial - consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
Incisão e drenagem intra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial - consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
Pulpotomia - consiste em remover a polpa coronária em dentes decíduos e/ou permanentes;
Recimentação de trabalho protéticos - consiste na colocação de trabalho protético;
Reimplante dentário com contenção - consiste na colocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;
Remoção de trabalho protético - consiste em remover trabalho protético para fins endodônticos;
Restauração temporária / tratamento expectante - consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie ou traumatismo;
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial - consiste na sutura da área da especialidade de buco-maxilo-facial;
Tratamento de alveolite - consiste na limpeza do alvéolo dentário;

Prevenção
Aplicação tópica de flúor - consiste na aplicação direta de produtos fluorados sobre a superfície dental, mantendo-os por determinado tempo, podendo ser feita com aplicadores ou moldeiras e sendo realizada somente após profilaxia;
Atividade educativa em saúde bucal - consiste em informar e motivar o beneficiário quanto à necessidade de manter a higiene bucal, devendo ser fornecida orientação quanto: a) aos métodos de higienização e seus produtos, tais como escovas dentais, fios dentais, cremes dentais e antissépticos orais, tanto no que diz respeito à qualidade quanto ao uso; b) à cárie dental; c) à doença periodontal; e) à manutenção de prótese.
Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana) - consiste no uso de substâncias evidenciadoras, para identificação da presença de biofilme nas superfícies dentárias;
Profilaxia: polimento coronário - consiste no polimento, através de meios mecânicos da superfície coronária do dente;
Raspagem supra-gengival - consiste na remoção de cálculo supragengival, seguido de alisamento radicular (ausência de bolsa periodontal - sulco gengival com até 4 mm de profundidade);
Teste de contagem microbiológica (teste ph da saliva) / (obrigatório envio das tiras) - teste de identificação da acidez da saliva;
Radiologia
Levantamento radiográfico (exame radiodôntico) - exame radiodôntico/periapical completo.
Radiografia interproximal - bite-wing - realizada com película periapical inteira ou cortada ao meio, ou ainda com película infantil, mesmo que realizada em adulto. As películas podem ser de 3,0 x 2,0cm, 3,5 x 2,2cm, 2,4 x 4,0cm, 4,0 x 2,4cm, 4,0 x 3,0cm ou 5,3 x 2,6cm;
Radiografia oclusal - realizada com película oclusal inteira, com filme simples ou duplo. As películas podem ser de 5,7 x 7,5cm ou 4,7 x 7,6cm;
Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) - exame radiográfico tipo panorâmico como auxílio diagnóstico pré e/ou pós procedimento cirúrgico;
Radiografia periapical - realizada com película periapical inteira ou cortada ao meio, ou ainda com película infantil, mesmo que realizada em adulto. As películas podem ser de 2,0 x 3,0cm, 2,2 x 3,5cm; 2,4 x 4,0cm ou 3,0 x 4,0 cm;
Odontopediatria
Adequação do meio bucal (por arcada) - consiste na remoção de tecido cariado e colocação de material obturador provisório, e/ou remoção/diminuição de excessos/arestas ou rugosidades sem restaurações/próteses fixas, visando à eliminação de sítios de retenção de biofilme;
Aplicação de cariostático - consiste na aplicação de medicamento que visa estacionar o processo de cárie bem como a eliminação de sítios de retenção de biofilme;
Aplicação de selante de fôssulas e fissuras - consiste na aplicação de produtos ionoméricos, resinas fluidas, foto ou quimicamente polimerizadas, nas fôssulas e sulcos de dentes posteriores, decíduos e/ou permanentes, e na face palatina de incisivos superiores permanentes;
Condicionamento em odontologia - consultas de adaptação (até três sessões/ano) para os beneficiários com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo;
Coroa de acetato, aço ou policarbonato em dente decíduo - restauração com coroa feita do material acetato, aço ou policarbonato em dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto e/ou dentes permanentes em pacientes não cooperativos ou de difícil manejo;
Exodontia Simples de Decíduo - consiste em realizar extração dentária de dentes decíduos;
Pulpotomia - consiste em remover a polpa coronária em dentes decíduos e/ou permanentes;
Reimplante Dentário com Contenção - consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;
Remineralização - paralisar ou reverter o processo de desmineralização dentária;
Restauração atraumática em dente decíduo - técnica usada para restaurações feitas sem a utilização de instrumentos rotatórios, sem anestesia. O material utilizado para restaurar este tipo de cavidade é o ionômero de vidro;
Tratamento endodôntico em dente decíduo - consiste em remover a polpa coronária e radicular e preencher a câmara e condutos com material obturador;

Dentística Restauradora
Colagem de Fragmentos Dentários - consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
Dessensibilização dentária - consiste na técnica usada para retirar a sensibilidade dentária;
Faceta direta em resina fotopolimerizável - aplicação direta de resina composta restauradora, proporcionando melhora de cor e contorno do elemento dentário;
Núcleo de preenchimento - consiste na reconstrução de dentes seriamente comprometidos pelo processo carioso, antes da confecção de uma restauração definitiva, não envolvendo câmara radicular;
Restauração a pino - consiste em fixar pinos, metálicos ou não, à coroa remanescente para que se possa confeccionar uma restauração com maior resistência e retenção;
Restauração em amálgama - consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie ou traumatismo em uma das faces;
Restauração em ionômero - consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie ou traumatismo em umas das faces;
Restauração em resina fotopolimerizável - consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie ou traumatismo em umas das faces;
Endodontia
Capreamento pulpar direto - consiste em utilizar manobras para recuperar um dente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda, no caso de exposição pulpar, através da utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentária e na tentativa de se evitar o tratamento endodôntico;
Pulpotomia - consiste em remover a polpa coronária em dentes decíduos e/ou permanentes;
Remoção de corpo estranho intracanal - consiste em retirar o corpo estranho da cavidade intrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética;
Remoção de núcleo intrarradicular - consiste em retirar o núcleo da cavidade intrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética;
Remoção de trabalho protético - consiste em remover trabalho protético para fins endodônticos;
Retratamento endodôntico em dentes permanentes - consiste na remoção do material obturador do conduto radicular, preparo químico e mecânico, quando indicado, e seu preenchimento com material apropriado em dentes incisivos, pré-molares e molares;
Tratamento de perfuração endodôntica - consiste no tratamento medicamentoso para selamento de perfuração radicular, por via endodôntica;
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta - consiste no tratamento endodôntico específico com objetivo de fechamento do forame apical por um tecido duro mineralizado (apicificação e apicegênese);
Tratamento endodôntico em dente permanente - consiste em realizar manobra em dentes uni ou multi-radiculares realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento do conduto com material obturador;
Periodontia
Ajuste oclusal por desgaste seletivo - consiste em realizar pequenos desgastes seletivos visando à obtenção de harmonia oclusal;
Aumento de coroa clínica - intervenção cirúrgica para recuperação do espaço biológico (aproximadamente 3 mm a partir da crista óssea alveolar até a borda do dente), para posterior tratamento;
Cirurgia periodontal a retalho - procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais infraósseas (acima de 4mm) através de retalho mucoperiosteal e, subsequente debridamento da superfície radicular e correção de irregularidades das cristas ósseas;
Cunha proximal - tratamento cirúrgico de bolsas periodontais com defeito ósseo angular na superfície distal de molares que dispõem de gengiva inserida reduzida;
Enxerto gengival livre
Enxerto pediculado - consiste na transferência de tecido gengival de uma área para outra da boca, mantendo uma parte ligada à localização original;
Gingivectomia / Gengivoplastia - procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais supra ósseas (até 4 mm) ou para refazer contornos gengivais anormais, tais como crateras e hiperplasias gengivais;
Imobilização dentária em dentes permanentes - consiste na imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocada por doença periodontal;

<p>Odonto-seção - consiste em realizar a separação da estrutura dentária, mediante corte , tendo por finalidade:</p> <p>1 - a manutenção da parte sadia e a remoção da parte comprometida;</p> <p>2 - o tratamento da área periodontal afetada com a manutenção das estruturas dentárias seccionadas;</p> <p>Pode ainda ser usada para facilitar a extração do elemento dentário.</p>
<p>Raspagem sub-gengival / alisamento radicular - consiste na remoção de cálculo subgengival, seguida de alisamento radicular (presença de bolsa periodontal acima de 4mm de profundidade);</p>
<p>Tratamento de abscesso periodontal agudo - consiste em incisão dentro da área do periodonto e posterior drenagem do abscesso;</p>
<p>Tunelização - consiste na cirurgia de gengiva destinada a facilitar a higienização dentária;</p>
<p>Cirurgia</p>
<p>Alveoloplastia - consiste em realizar uma incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa interna do lábio e a gengival, com a finalidade de aumentar a área chapeável para próteses;</p>
<p>Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada - remoção de uma raiz sem a remoção de parte da coroa (ressecção radicular);</p>
<p>Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada - consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida de ressecção do ápice radicular em duas raízes e ainda da obturação do forame apical em duas raízes;</p>
<p>Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada - consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, em seguida da ressecção do ápice radicular em duas raízes;</p>
<p>Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada - consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o (s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida da ressecção do ápice radicular em três raízes;</p>
<p>Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada - consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o (s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em três raízes;</p>
<p>Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada - consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o (s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em uma raiz;</p>
<p>Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada - consiste em remover a zona patológica periapical, conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida da ressecção do ápice radicular em uma raiz;</p>
<p>Aprofundamento / Aumento de vestibulo - consiste em realizar uma incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa interna do lábio e a gengival, com a finalidade de aumentar a área chapeável para próteses;</p>
<p>Biópsia de boca - consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole alterado para fins de exame anatomopatológico, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;</p>
<p>Biópsia de glândula salivar - consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido da área afetada para fins de exame anatomopatológico, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;</p>
<p>Biópsia de lábio - consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole alterado para fins de exame anatomopatológico, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;</p>
<p>Biópsia de língua - consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole alterado para fins de exame anatomopatológico, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;</p>
<p>Biópsia de mandíbula / maxila - consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido da área afetada para fins de exame anatomopatológico, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;</p>
<p>Bridectomia ou Bridotomia - consiste em realizar uma incisão cirúrgica para a correção do posicionamento da musculatura existente entre a mucosa da bochecha e a borda da gengiva;</p>
<p>Cirurgia para torus mandibular - bilateral - consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas bilaterais, na região da mandíbula e/ou maxila;</p>
<p>Cirurgia para torus palatino - consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas unilaterais, na região da mandíbula ou maxila;</p>

Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial - consiste na aplicação de hemostático e sutura na cavidade bucal;
Exérese ou excisão de cálculo salivar - remoção de pequenos cistos da mandíbula e/ou maxila quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;
Exérese ou excisão de cistos odontológicos - remoção de pequenos cistos da mandíbula e/ou maxila quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;
Exérese ou excisão de mucocele - consiste em remover cirurgicamente lesão dos tecidos moles (principalmente lábios), causada por retenção de saliva devido à obstrução de glândulas salivares;
Exérese ou excisão de rânula - consiste em remover cirurgicamente um tipo de cisto de retenção que ocorre especificamente no assoalho da boca, associado aos dutos da glândula submandibular ou sublingual;
Exodontia a retalho - consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados que exijam abertura cirúrgica da gengiva;
Exodontia de raiz residual - consiste em realizar extração dentária de dentes que já não possuem a coroa clínica;
Exodontia simples de permanente - consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados;
Frenulectomia e Frenulotomia labial - consiste em realizar ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro mucoso presente na base do lábio, denominado hipertrofia de freio labial;
Frenulectomia e Frenulotomia lingual - consiste em realizar ressecção cirúrgica de hipertrofia do tecido fibro mucoso presente na base da língua, denominado hipertrofia de freio lingual;
Incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial - consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
Incisão e drenagem oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial - consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
Punção aspirativa na buco-maxilo-facial - obtenção de células de órgãos e tecidos de lesões ou sítios específicos da região buco maxilo facial, com o uso de uma agulha de pequeno calibre ou a partir da coleta de raspado;
Reconstrução de sulco gengivo-labial - consiste na reconstrução cirúrgica do sulco gengivo-labial;
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária - consiste em reduzir o alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados, com contenção por meio rígido (cirurgia aberta);
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária - consiste em reduzir o alvéolo por meio de manobra biodigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada);
Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (atm) - caracteriza-se por luxação da ATM (articulação temporo-mandibular) quando na abertura máxima da boca ocorre o deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular e o paciente não é capaz de realizar a reposição da mandíbula (fechar a boca) sem ajuda; A cobertura da redução da luxação consiste no reposicionamento do processo condilar para dentro da cavidade mandibular, quando sua realização for possível em ambiente ambulatorial;
Reimplante Dentário com Contenção - consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;
Remoção de dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados - consiste em remover dentes cuja parte coronária esteja coberta por mucosa ou quando a totalidade do dente encontrar-se no interior da porção óssea;
Sutura de Ferida em Região Buco-Maxilo-Facial - consiste na sutura da área da especialidade de buco-maxilo-facial;
Tratamento cirúrgico das fístulas buco/nasais ou buco/sinusais - tratamento cirúrgico da comunicação entre a cavidade bucal e cavidade nasal (fístula buco-nasal) e da comunicação entre a cavidade bucal e o seio maxilar (fístula bucosinusal), quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial - tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) de tecidos moles da mandíbula ou maxila, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial - tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) de tecidos ósseos da mandíbula ou maxila, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial - tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) de tecidos moles da mandíbula ou maxila, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em

ambiente ambulatorial;
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial - tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) do tecido ósseo ou cartilaginoso, da mandíbula ou maxila quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;
Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução - tratamento cirúrgico, sem reconstrução, do crescimento anormal de células benignas originadas dos tecidos e formadores do dente, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial;
Tratamento da Alveolite - consiste na limpeza do alvéolo dentário;
Ulectomia / Ulotomia - consiste em remover cirurgicamente a porção superior de um processo hipertrófico mucogengival que normalmente envolve dentes não erupcionados;
Prótese Dentária
Coroa provisória com ou sem pino - cobertura para bloco (restauração) de metal em dentes posteriores permanentes com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto ou dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas;
Coroa total em cerômero (somente para dentes incisivos e caninos) - restauração unitária com coroa total feita do material cerômero em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto;
Coroa total metálica - restauração unitária com coroa total feita de material metálico em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto;
Núcleo metálico fundido - restauração com pino feito de material metálico (núcleo metálico fundido) / pino pré-fabricado (núcleo pré-fabricado) em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio;
Recimentação de Trabalhos Protéticos - consiste na recolocação de peça protética;
Remoção de trabalho protético - consiste em remover trabalho protético para fins endodônticos;
Restauração metálica fundida - cobertura para bloco (restauração) de metal em dentes posteriores permanentes com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto ou dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.

9. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídas expressamente da cobertura do presente contrato, mesmo quando consequente de urgências odontológicas e acidentes pessoais as seguintes ocorrências:

- Procedimentos em consequências de catástrofes, calamidades públicas ou outras que atinjam maciçamente a população, quando declaradas pela autoridade competente (guerra, revolução, atentado, contaminação com material nuclear ou radiação ionizante);
- Custos com analgesia por óxido nitroso;
- Despesas com atendimento odontológico domiciliar;
- Exames laboratoriais de qualquer natureza exceto exame histopatológico;
- Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- Procedimentos com metais preciosos;
- Procedimentos e exames que não estejam especificamente descritos nas garantias deste contrato e que não constem expressamente no rol de procedimentos odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento;
- Remoções do beneficiário, ressalvados os casos previstos na Resolução Normativa nº 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria;
- Todos os procedimentos odontológicos durante o respectivo período de carência excetuando-se as situações de urgência e emergência;
- Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- Tratamento ortodôntico;
- Os casos ortodônticos cirúrgicos;

- Consultas ou tratamentos com fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, psicólogo, ou profissionais afins mesmo que indicados pelo cirurgião dentista;
- Acessórios estéticos;
- Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar;
- Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- Procedimentos para correções estéticas de qualquer natureza.

10. DURAÇÃO DO CONTRATO

Na hipótese de Grupo Beneficiado composto por até 29 (vinte e nove) BENEFICIÁRIOS, o início da vigência do contrato observará as datas constantes na tabela a seguir, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento à CONTRATADA ou, alternativamente, em caso de não aceitação de contrato, a CONTRATADA providencie a devolução do valor da primeira mensalidade a ESTIPULANTE.

Data de Assinatura da Proposta	Período de Análise	Data de Início da Vigência
1 a 5	Até o dia 19	Dia 20 do mês corrente
6 a 10	Até o dia 24	Dia 25 do mês corrente
11 a 15	Até o dia 29	Dia 30 do mês corrente
16 a 20	Até o dia 04	Dia 05 do mês corrente
21 a 25	Até o dia 09	Dia 10 do mês corrente
26 a 31	Até o dia 14	Dia 15 do mês corrente

Para cumprimento dos prazos dispostos nesta tabela, é imprescindível que toda documentação necessária seja entregue à GOLDEN CROSS, sob protocolo, em até 72 horas úteis da data de assinatura da Proposta de Adesão.

No caso de Grupo Beneficiado composto por 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS ou mais, o início de vigência do contrato será aquele acordado entre as partes na Proposta Comercial de Contrato Coletivo Empresarial de Cobertura Odontológica, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento à CONTRATADA, ou, alternativamente, em caso de não aceitação do contrato, a CONTRATADA providencie a devolução do valor da 1ª (primeira) mensalidade a ESTIPULANTE.

Após 12 (doze) meses de vigência do presente contrato, este será renovado automaticamente e passará a vigorar por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

11. PERÍODOS DE CARÊNCIA

A carência é o período de tempo, corrido e ininterrupto contado da data de inclusão de cada beneficiário, em que o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou BENEFICIÁRIO DEPENDENTE não terá direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos, independente da ESTIPULANTE estar adimplente com a mensalidade do contrato.

Na hipótese de Grupo Beneficiado composto por 30 (trinta) ou mais BENEFICIÁRIOS, ficarão excluídos de qualquer prazo de carência as inclusões de BENEFICIÁRIOS TITULARES, desde que solicitadas à CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato ou da constituição do seu vínculo com a ESTIPULANTE.

No caso de Grupo Beneficiado composto por menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, estes cumprirão obrigatoriamente, todos os prazos de carência descritos neste contrato.

Ficam excluídas de qualquer prazo de carência, as inclusões futuras feitas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, mediante comunicação pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, em razão de casamento ou união estável declarada, nascimento, adoção, reconhecimento de paternidade, guarda ou tutela, desde que efetuadas no prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhes der causa e este não esteja cumprindo carência. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR ainda esteja cumprindo

carência, os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES deverão cumprir os prazos de carência previstos neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

Os seguintes BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES também terão o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) Filho(s) natural(is) menor(es) de 12 (doze) anos incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade pelo BENEFICIÁRIO TITULAR;
- b) Menor(es) de 12 (doze) anos sob guarda ou tutela do BENEFICIÁRIO TITULAR, desde que incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da guarda ou tutela;
- c) Filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, quando incluído(s) no contrato a qualquer tempo.

Todas as demais inclusões efetivadas fora do aludido prazo serão passíveis de cumprimento dos prazos de carência previstos contratualmente.

EVENTOS	CARÊNCIA
Diagnóstico	
Consulta odontológica inicial	24 h
Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	180 dias
Teste de fluxo salivar	60 dias
Urgência	
Ajuste oclusal por desgaste seletivo	24 h
Colagem de fragmentos dentários	24 h
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	24 h
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	24 h
Exodontia simples de decíduo	24 h
Exodontia simples de permanente	24 h
Imobilização dentária em dentes permanentes	24 h
Incisão e drenagem intra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	24 h
Incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	24 h
Pulpotomia	24 h
Pulpectomia	24 h
Recimentação de trabalho protéticos	24 h
Reimplante dentário com contenção	24 h
Remoção de trabalho protético	24 h
Restauração temporária / tratamento expectante	24 h
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	24 h
Tratamento de alveolite	24 h
Prevenção	
Atividade educativa em saúde bucal	60 dias
Aplicação tópica de flúor	60 dias
Controle de biofilme (placa bacteriana)	60 dias
Profilaxia: polimento coronário	60 dias
Raspagem supra-gengival	60 dias
Teste de contagem microbiológica (teste ph da saliva)	60 dias
Radiologia	
Levantamento radiográfico - exame radiodôntico/periapical completo	24 h
Radiografia interproximal - <i>bite-wing</i>	60 dias
Radiografia oclusal	60 dias
Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)	180 dias
Radiografia periapical	24 h

Odontopediatria	
Adequação do meio bucal (por arcada)	60 dias
Aplicação de carioestático	24 h
Aplicação de selante de fóssulas e fissuras	60 dias
Condicionamento em odontologia	90 dias
Coroa de acetato em dente decíduo	180 dias
Coroa de policarbonato em dente decíduo	180 dias
Coroa de aço em dente decíduo	180 dias
Exodontia simples de decíduo	24 h
Pulpotomia	24 h
Reimplante dentário com contenção	24 h
Remineralização	60 dias
Restauração atraumática em dente decíduo	60 dias
Tratamento endodôntico em dente decíduo	180 dias
Dentística	
Colagem de fragmentos dentários	24 h
Dessensibilização dentária	60 dias
Faceta direta em resina fotopolimerizável	180 dias
Núcleo de preenchimento	90 dias
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	90 dias
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	90 dias
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	90 dias
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	90 dias
Restauração a pino	90 dias
Restauração de amálgama 1 face	90 dias
Restauração de amálgama 2 faces	90 dias
Restauração de amálgama 3 faces	90 dias
Restauração de amálgama 4 faces	90 dias
Restauração em ionômero de vidro - 1 face	90 dias
Endodontia	
Capeamento pulpar direto	90 dias
Remoção de corpo estranho intracanal	24 h
Remoção de núcleo intrarradicular	24 h
Remoção de trabalho protético	24 h
Retratamento endodôntico unirradicular	180 dias
Retratamento endodôntico birradicular	180 dias
Retratamento endodôntico multirradicular	180 dias
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	180 dias
Tratamento de perfuração endodôntica	180 dias
Tratamento endodôntico unirradicular	180 dias
Tratamento endodôntico birradicular	180 dias
Tratamento endodôntico multirradicular	180 dias
Periodontia	
Ajuste oclusal por desgaste seletivo	24 h
Aumento de coroa clínica	180 dias
Cunha proximal	180 dias
Cirurgia periodontal a retalho	180 dias
Enxerto pediculado	180 dias
Gengivectomia	180 dias
Gengivoplastia	180 dias
Imobilização dentária em dentes permanentes	24 h

Odonto-secção	180 dias
Raspagem sub-gengival / alisamento radicular	60 dias
Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)	60 dias
Tratamento de abscesso periodontal agudo	24 h
Tunelização	180 dias
Cirurgia	
Alveoloplastia	180 dias
Amputação radicular com obturação retrógrada	180 dias
Amputação radicular sem obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	180 dias
Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	180 dias
Aprofundamento / aumento de vestibulo	180 dias
Biopsia de boca	180 dias
Biopsia de lábio	180 dias
Biopsia de língua	180 dias
Biopsia de glândula salivar	180 dias
Biopsia de maxila	180 dias
Biopsia de mandíbula	180 dias
Bridectomia	180 dias
Bridotomia	180 dias
Cirurgia para torus mandibular - bilateral	180 dias
Cirurgia para torus palatino	180 dias
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	24 h
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	24 h
Exérese ou excisão de cistos odontológicos	180 dias
Exérese ou excisão de rânula	180 dias
Exérese ou excisão de mucocele	180 dias
Exérese ou excisão de cálculo salivar	180 dias
Exodontia simples de permanente	24 h
Exodontia a retalho	24 h
Exodontia de raiz residual	24 h
Frenulectomia labial	180 dias
Frenulotomia labial	180 dias
Frenulectomia lingual	180 dias
Frenulotomia lingual	180 dias
Incisão e drenagem intra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	24 h
Incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	24 h
Punção aspirativa na buco-maxilo-facial	180 dias
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	180 dias
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	180 dias
Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (atm)	24 h
Reimplante dentário com contenção	24 h
Remoção de dentes inclusos / impactados	180 dias
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	180 dias
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	24 h
Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	180 dias
Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	180 dias

Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	180 dias
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	180 dias
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial	180 dias
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial	180 dias
Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução	180 dias
Tratamento da alveolite	24 h
Ulectomia	180 dias
Ulotomia	180 dias
Prótese	
Coroa provisória com pino	180 dias
Coroa provisória sem pino	180 dias
Coroa total em cerômero (somente para dentes anteriores)	180 dias
Coroa total metálica	180 dias
Núcleo metálico fundido	180 dias
Recimentação de trabalhos protéticos	24 h
Restauração metálica fundida	180 dias

Os prazos de carência a serem cumpridos serão contados a partir da data de inclusão de cada BENEFICIÁRIO.

12. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ao CONTRATANTE E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) será assegurado o atendimento de urgência e emergência, conforme procedimentos listados abaixo, dentro da área de abrangência do plano, decorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

- Ajuste oclusal por desgaste seletivo - consiste em realizar pequenos desgastes seletivos visando à obtenção de harmonia oclusal;
- Colagem de fragmentos dentários - consiste na colocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial - consiste na aplicação de hemostático e sutura na cavidade bucal;
- Exodontia simples de decíduo - consiste em realizar extração dentária de dentes decíduos;
- Exodontia simples de permanente - consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados;
- Imobilização dentária em dentes permanentes - procedimento que visa à imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocada por trauma;
- Incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial - consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- Incisão e drenagem intra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial - consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- Pulpotomia - consiste em remover a polpa coronária em dentes decíduos e/ou permanentes;
- Recimentação de trabalho protéticos - consiste na colocação de trabalho protético;
- Reimplante dentário com contenção - consiste na colocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;
- Remoção de trabalho protético - consiste em remover trabalho protético para fins endodônticos;
- Restauração temporária / tratamento expectante - consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie ou traumatismo;
- Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial - consiste na sutura da área da especialidade de buco-maxilo-facial;
- Tratamento de alveolite - consiste na limpeza do alvéolo dentário;

Quando não for possível a utilização da Rede Referenciada, em situações de emergência e/ou urgência, dentro da área de abrangência do plano, a CONTRATADA se responsabiliza, dentro dos limites e condições contratuais, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência odontológica do BENEFICIÁRIO.

O BENEFICIÁRIO para se habilitar ao reembolso das despesas odontológicas por ele diretamente efetuadas, deverão apresentar à CONTRATADA no prazo máximo de 1 (um) ano contado a partir da data do início do evento, os seguintes documentos:

- a) Documento comprobatório com a solicitação do procedimento odontológico, nos casos de emergência;
- b) Conta discriminada das despesas, incluindo relação de exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais da pessoa jurídica prestadora do atendimento; e
- c) Vias originais dos comprovantes de pagamento a profissionais, com os números do CRO, do CPF/MF e do ISS, bem como discriminação do serviço realizado.

Os reembolsos efetuados ao BENEFICIÁRIO serão realizados no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação completa à CONTRATADA, de acordo com a Tabela de Reembolso de Procedimentos Odontológicos Golden Cross, observando-se o plano e os múltiplos de reembolso contratados:

REEMBOLSOS APENAS NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Plano/Rede	Procedimentos	Tabela de Reembolso de Procedimentos Odontológicos Golden Cross
Goldental 2 – Rede Master (OR 70)	De acordo a cobertura contratual	1,0

Fica expressamente vedada a cessão, a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência odontológica pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou seus DEPENDENTES.

Não serão passíveis de reembolso os eventos que não constem no Rol de Procedimentos Odontológicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações e os procedimentos sem previsão de cobertura neste contrato.

13. ACESSO A LIVRE ESCOLA DE PRESTADORES

O presente contrato não possui a opção de Livre Escolha de Prestador.

14. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É direito do BENEFICIÁRIO, ter acesso aos meios de divulgação da Rede Referenciada através dos seguintes canais de comunicação: Livro de Rede Referenciada, Portal Golden Cross – endereço eletrônico: www.goldencross.com.br – e Central de Serviços.

As coberturas previstas neste contrato estarão sujeitas a determinados critérios técnico-odontológicos, obedecendo-se às seguintes especificações:

- a) A aplicação de selantes só estará coberta para o BENEFICIÁRIO com até 15(quinze) anos incompletos;
- b) A aplicação de cariostático só estará coberta para dentes decíduos;
- c) O condicionamento odontopediátrico (consulta de adaptação) só estará coberto para BENEFICIÁRIO com até 8 (oito) anos incompletos e, no máximo, 3 sessões.

Os casos de urgência e emergência não necessitarão de prévia autorização através de senha, mas deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 48 (quarenta e oito) horas do início do atendimento.

É direito do BENEFICIÁRIO, emitir sua opinião sobre a operacionalização do plano, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações, pelo Portal Golden Cross, no endereço www.goldencross.com.br, ou por qualquer outro ponto de atendimento disponibilizado pela CONTRATADA, quais sejam: Golden Fone - SAC (verifique o telefone no verso

destas Condições Gerais) ou correspondência encaminhada à caixa postal 40005 – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20270-970.

É direito do BENEFICIÁRIO com mais de 60 (sessenta) anos, das gestantes, das lactantes, dos lactentes e das crianças de até 5 (cinco) anos, privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais BENEFICIÁRIOS (previsto no inciso II do art. 18 da Lei nº 9.656/98), cabendo ao prestador do atendimento respeitar esse direito.

É dever do BENEFICIÁRIO, sempre que fizer uso de qualquer atendimento coberto pelo presente contrato, prestado por pessoa física ou jurídica, referenciada da CONTRATADA, identificar-se por meio de documento que comprove a sua identidade, bem como pela apresentação da carteira Golden Cross.

É dever da ESTIPULANTE e do BENEFICIÁRIO manter seu endereço de correspondência atualizado junto à CONTRATADA, assim como todos os demais dados cadastrais, através do envio dos respectivos documentos comprobatórios, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa nº 117, de 30 de novembro de 2005 e Instrução Normativa nº 18, de 30 de dezembro de 2005, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria.

É dever do BENEFICIÁRIO utilizar o plano de saúde com boa-fé, sendo considerado má-fé o empréstimo do cartão de identificação do plano a outrem, bem como prestar declarações falsas ou omitir da CONTRATADA dados importantes.

15. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

O pagamento da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, baseia-se no sistema de pagamento preestabelecido.

O preço único, que é pago pela ESTIPULANTE, será fixado de acordo com o plano contratado, independente da idade do BENEFICIÁRIO, uma vez que não há previsão de variação de custo em decorrência de transposição de faixa etária.

O cálculo do preço único se dará com base na soma total do preço relativo a cada BENEFICIÁRIO, de acordo com sua faixa etária, dividido pelo número total de BENEFICIÁRIOS.

O preço único relativo a todos os BENEFICIÁRIOS, ativos e inativos, observará a(s) tabela(s) constante(s) na Proposta Comercial de Contrato Coletivo Empresarial de Despesas Odontológicas, a qual é parte integrante destas Condições Gerais, devendo a ESTIPULANTE responsabilizar-se por apresentar a(s) mencionada(s) tabela(s), neste momento, a todos os seus BENEFICIÁRIOS.

A(s) correspondente(s) tabela(s) atualizada(s) será(ão) disponibilizada(s) pela CONTRATADA à ESTIPULANTE para consulta, mensalmente, através do documento de fatura, devendo a ESTIPULANTE mantê-la(s) disponível(eis) com as devidas atualizações, a qualquer tempo para consulta dos BENEFICIÁRIOS.

No momento da inclusão de novo BENEFICIÁRIO TITULAR, a ESTIPULANTE deverá apresentar ao novo funcionário a(s) citada(s) tabela(s) de preço(s) atualizada(s).

O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa e aposentado que optar pela sua manutenção na condição de BENEFICIÁRIO assumirá o pagamento integral da mensalidade.

O pagamento da mensalidade será de responsabilidade exclusiva da ESTIPULANTE, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, em que o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa e aposentado que optar pela manutenção da condição de BENEFICIÁRIO INATIVO assumirá o pagamento integral da mensalidade.

A mensalidade deverá ser quitada no estabelecimento bancário indicado pela CONTRATADA, até a data do vencimento, constante do respectivo boleto de cobrança.

Constatado o atraso no recebimento do boleto de pagamento de até 48 (quarenta e oito) horas antes do respectivo vencimento, a ESTIPULANTE e/ou BENEFICIÁRIO INATIVO deverá entrar em contato com a CONTRATADA para solicitar o envio de 2ª via do referido documento.

Caso o vencimento se dê em dia não útil ou feriado bancário, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

O não pagamento da mensalidade na forma estipulada nesta Cláusula acarretará para a ESTIPULANTE a incidência de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou fração e multa de 2% (dois por cento), sobre o valor do débito.

O pagamento da mensalidade não será reconhecido pela CONTRATADA se a ESTIPULANTE e/ou BENEFICIÁRIO INATIVO não possuir comprovante devidamente autenticado pelo banco recebedor.

O pagamento antecipado da mensalidade não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos no presente contrato.

À CONTRATADA é garantido o direito de cobrar em juízo o valor da mensalidade não paga pela ESTIPULANTE e/ou BENEFICIÁRIO INATIVO, a contar da data do inadimplemento.

A CONTRATADA se reserva, ainda, o direito de promover a cobrança dos pagamentos em atraso, através de bancos e pelos meios legais cabíveis, sejam esses valores equivalentes a quaisquer débitos não quitados, conforme obrigações previstas neste contrato.

A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera a ESTIPULANTE e/ou BENEFICIÁRIO INATIVO do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

16. REAJUSTE

A CONTRATADA aplicará anualmente sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, o Índice de Reajuste (IR) que é composto pelo Reajuste Técnico, Reajuste Financeiro e Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias, conforme fórmula a seguir:

$$IR = [(1 + RF) \times (1 + RT) \times (1 + RINT)] - 1$$

Onde,

IR = Índice de Reajuste (em %)

RF = Reajuste Financeiro

RT = Reajuste Técnico (sinistralidade)

RINT = Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias

O Reajuste Financeiro terá por base a Variação dos Custos Odontológicos (honorários odontológicos, materiais, medicamentos e demais despesas assistenciais) per capita, apurada no período de 24 (vinte e quatro) meses, comparando os 12 (doze) meses mais recentes aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, referentes a beneficiários/contratos fora do período de carência.

O Reajuste Técnico (por sinistralidade) visa a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e é calculado utilizando-se a seguinte fórmula:

$$RT = (\Sigma D / \Sigma M / IE) - 1$$

Onde,

RT = Reajuste Técnico (em %)

ΣD = Total de despesas (sinistro) apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a beneficiários/contratos fora do período de carência.

ΣM = Total de mensalidades de 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a beneficiários/contratos fora do período de carência.

IE = Índice de Equilíbrio de 60% para os contratos com até 29 (vinte e nove) BENEFICIÁRIOS; 60% para os contratos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS; 60% para os contratos com 100 (cem) ou mais BENEFICIÁRIOS.

Caso a aplicação da fórmula acima resulte em valor igual ou inferior a zero, o valor da mensalidade do contrato não sofrerá alteração referente ao Reajuste Técnico.

O Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias será aplicado sobre a mensalidade sempre que houver incorporação de nova cobertura ao contrato.

A CONTRATADA poderá ainda para os contratos componentes da carteira dos planos coletivos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS, apurar o Reajuste Técnico utilizando como base todos os contratos integrantes desta carteira.

Independente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato, sendo certo que não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

O contrato não poderá sofrer reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de acréscimo de cobertura ou mudanças na legislação em vigor.

O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, pelo mesmo índice, de acordo com as condições aqui dispostas.

Eventualmente ou por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as condições previstas neste contrato, incluindo as datas e/ou períodos de apuração para cálculo do Índice de Reajuste (IR) poderão ser modificados.

Os reajustes acima mencionados quando aplicados sobre as mensalidades, serão divulgados e comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme legislação e normas vigentes.

17. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

A ESTIPULANTE deverá preencher a Proposta de Contrato Coletivo, anexando os documentos do BENEFICIÁRIO que comprovem a participação societária ou vínculo com a ESTIPULANTE, nas formas empregatícia ou estatutária, bem como os documentos abaixo relacionados:

- a) Contrato ou Estatuto Social devidamente registrado na Junta Comercial ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
- b) Comprovante de Inscrição no CNPJ/MF;
- c) Folha de registro dos funcionários incluídos no contrato, quando for o caso;
- d) Relação atualizada de funcionários inscritos no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, acompanhada da última guia de recolhimento (GFIP) quitada.

De acordo com as declarações constantes da proposta da ESTIPULANTE, o custeio do contrato poderá ser:

CONTRIBUTÁRIO: são os BENEFICIÁRIOS TITULARES que contribuem para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela ESTIPULANTE em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, **à exceção dos valores relacionados a pagamentos vinculados aos BENEFICIÁRIOS**

DEPENDENTES e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência odontológica, os quais não caracterizam, em qualquer hipótese, a contributividade; ou

NÃO CONTRIBUTÁRIO: são os BENEFICIÁRIOS TITULARES que não contribuem para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela ESTIPULANTE em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, recaindo o ônus do custeio totalmente sobre a ESTIPULANTE. **Não se caracteriza em qualquer hipótese a contributividade, os valores relacionados a pagamentos vinculados aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência odontológica.**

A responsabilidade pelo recolhimento das contribuições e efetivo pagamento das mensalidades integrais à CONTRATADA, em qualquer dos critérios anteriores, é da ESTIPULANTE.

Ao BENEFICIÁRIO contributivo, no caso de demissão ou exoneração sem justa causa do contrato de trabalho pela ESTIPULANTE e no caso de aposentadoria, é assegurada a manutenção de sua condição de BENEFICIÁRIO no mesmo plano contratado pela ESTIPULANTE, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Assuma o pagamento integral da mensalidade;
- b) O contrato celebrado entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA esteja em vigor; e
- c) Opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação da ESTIPULANTE, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Quando o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optar pela sua manutenção na condição de BENEFICIÁRIO, esta se dará no mesmo contrato celebrado com a ESTIPULANTE e, portanto, serão mantidas as condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador previstas no plano privado de assistência à saúde para os BENEFICIÁRIOS ATIVOS, inclusive no que se refere as negociações futuras que venham a ser firmadas entre ESTIPULANTE e a CONTRATADA, ou seja, as alterações futuras de preço, faixa etária, fator moderador e outros, serão extensivos aos BENEFICIÁRIOS ATIVOS e INATIVOS.

Qualquer alteração na regra do parágrafo anterior poderá ocorrer desde que haja mútuo e expreso acordo entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA, desde que não haja vedação legal.

O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de sua permanência como BENEFICIÁRIO contributivo, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses

Ao BENEFICIÁRIO aposentado que tenha contribuído no mínimo, 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção, como BENEFICIÁRIO, no contrato coletivo firmado pela ESTIPULANTE de forma vitalícia (enquanto o contrato estiver vigente).

Caso o BENEFICIÁRIO aposentado tenha contribuído por período inferior a 10 (dez) anos será assegurado, ao se aposentar, o direito de se manter como BENEFICIÁRIO INATIVO, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é extensivo a todo o grupo familiar já inscrito quando da rescisão do contrato de trabalho, sendo certo que novas inclusões serão extensivas apenas ao novo cônjuge e/ou filhos.

Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é assegurada a permanência aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES desde que já inscritos no contrato, pelo tempo remanescente a que faria jus o BENEFICIÁRIO TITULAR, conforme previsto nestas Condições Gerais.

Não serão praticados preços diferenciados para os BENEFICIÁRIOS demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, salvo em função dos mesmos se enquadrarem em faixas etárias diferenciadas, ou ainda, em regiões geográficas distintas.

Os direitos assegurados nesta cláusula, conforme disposto no artigo 26 da Resolução Normativa – RN nº 279, deixarão de existir (I) pelo decurso dos prazos de manutenção do benefício previsto nas Condições Gerais e na Lei 9.656/98; ou (II) quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou ainda (III) quando da rescisão do contrato entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA, já que a vigência dos benefícios especificados nesta cláusula estará obrigatoriamente condicionada à vigência do contrato entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA. Assim, caso o contrato seja encerrado, serão automaticamente cancelados os benefícios previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

18. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A ESTIPULANTE será responsável por solicitar a exclusão ou suspensão de BENEFICIÁRIOS no contrato, nos seguintes casos:

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Morte;
- c) Recusa de efetuar exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos do Grupo Beneficiado ou da CONTRATADA;
- d) Cessação do vínculo entre o BENEFICIÁRIO TITULAR e a ESTIPULANTE;
- e) Rescisão do contrato;
- f) Quando o DEPENDENTE perder a condição de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.

Quando da cessação do vínculo entre o BENEFICIÁRIO TITULAR e a ESTIPULANTE, esta ao solicitar a exclusão do ex-empregado deverá fornecer à CONTRADA as seguintes informações:

- I) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é aposentado que continua trabalhando na ESTIPULANTE mesmo após a sua aposentadoria;
- III) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- V) Se o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Tratando-se de exclusão de BENEFICIÁRIO CONTRIBUTÁRIO, decorrente de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, as informações dos itens “II” ao “V” deverão ser prestadas através de “DECLARAÇÃO EXPRESSA”, inclusive quando o pedido de exclusão se der pelo canal web, ou qualquer outra forma de comunicação. A citada declaração deverá seguir o mesmo formato do modelo disponibilizado no site da Golden Cross, no Canal Cliente, através do link Condições Gerais, devendo a mesma ser arquivada pela ESTIPULANTE, pelo prazo de 5 (cinco) anos, e entregue à CONTRATADA sempre que solicitado.

A ESTIPULANTE deverá sempre que solicitada pela CONTRATANTE, no prazo máximo e improrrogável de 48 (quarenta e oito) horas, fornecer todas as informações e os documentos pertinentes, relativos às solicitações de exclusão dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e seu(s) DEPENDENTES do contrato.

A ESTIPULANTE assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades a que a CONTRATADA seja submetida, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos artigos. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, bem como pelo inadimplemento das obrigações especificadas neste Termo Aditivo e/ou Condições Gerais pela ESTIPULANTE.

A CONTRATADA poderá, em caso de fraude, excluir ou suspender a assistência à saúde dos BENEFICIÁRIOS, independente de anuência da ESTIPULANTE.

A ESTIPULANTE obriga-se à devolução de toda a documentação de identificação destinada ao uso do plano pertencente ao(s) BENEFICIÁRIO(S) excluído(s), ficando a CONTRATADA, desde já, autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido dessa documentação.

Caso a ESTIPULANTE contrate plano de saúde junto a outra Operadora, deverá incluir no novo contrato todos os beneficiários que anteriormente figuravam no contrato firmado com a CONTRATADA, inclusive os beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, uma vez que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício ou estatutário e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da ESTIPULANTE.

19. SUSPENSÃO, RESILIÇÃO E RESCISÃO

Após o período de 24 (vinte e quatro) meses de vigência iniciais, o presente contrato poderá ser denunciado, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Ocorrendo o descumprimento pela ESTIPULANTE do prazo mínimo de vigência do contrato previsto no parágrafo acima, esta se obriga a pagar à CONTRATADA o valor equivalente a 50% (cinquenta por cento) das mensalidades vincendas para se completar doze meses.

Para efeito de cálculo das mensalidades vincendas, toma-se como base o valor correspondente a média das 3 (três) últimas mensalidades faturadas pela CONTRATADA em face da ESTIPULANTE, ou de todas as mensalidades faturadas na hipótese do referido descumprimento ocorrer antes do 3º (terceiro) mês de vigência contratual.

Na hipótese de a ESTIPULANTE estar registrada na condição de Empresário Individual, cuja contratação tenha se dado na forma do art. 2º da Resolução Normativa nº 432 ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria, a CONTRATADA poderá rescindir o contrato na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia e apresentação das razões da rescisão, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

O atraso no pagamento da mensalidade implica na suspensão automática do direito do BENEFICIÁRIO TITULAR e de seus respectivos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a qualquer cobertura mencionada no presente contrato.

Sem prejuízo das penalidades legais e eventual apuração de perdas e danos, bem como do pagamento da multa pela ESTIPULANTE em razão do descumprimento do prazo mínimo de vigência contratual, o contrato será automaticamente cancelado, independente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios à parte infratora, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada, ou, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela ESTIPULANTE, hipóteses essas caracterizadas como infração contratual e violação ao princípio da boa-fé objetiva;
- b) inadimplência da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não.
- c) extinção, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial, recuperação judicial ou extrajudicial, ou falência da ESTIPULANTE;
- d) redução do número mínimo de BENEFICIÁRIOS exigido para a manutenção do contrato;
- e) após o término do prazo de sessenta dias da comunicação prévia encaminhada pela Contratada à ESTIPULANTE, registrada na condição de Empresário Individual, para apresentar o comprovante de regularidade cadastral no CNPJ e/ou nos Órgãos Competentes.

Na hipótese de redução do número mínimo de beneficiários exigido para a manutenção do contrato, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional para que a ESTIPULANTE reconstitua o mínimo contratualmente estabelecido, cabendo a ESTIPULANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Na hipótese de todos os beneficiários do Contrato solicitarem suas exclusões na forma da Resolução Normativa 412 da ANS, ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria, será entendido como esvaziamento compulsório do Contrato, razão pela qual o Contrato será considerado rescindido de pleno direito e a

Estipulante incorrerá em multa no valor equivalente a média das três últimas mensalidades, independente do tempo de vigência do Contrato.

O atraso no pagamento da mensalidade, pelo BENEFICIÁRIO INATIVO (ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados), implica na suspensão automática do seu direito, bem como dos seus respectivos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a qualquer cobertura mencionada no presente contrato.

A inadimplência, do BENEFICIÁRIO INATIVO, por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, implica na sua exclusão, bem como dos seus respectivos DEPENDENTES.

Caso a ESTIPULANTE contrate plano de saúde junto à outra Operadora, a ESTIPULANTE deverá transferir para o novo contrato todos os beneficiários que anteriormente figuravam no contrato firmado com a CONTRATADA, tais como, mas não se limitando, os beneficiários inativos, aposentados ou outros que eventualmente obtenham decisão judicial para manutenção de assistência médica, sob pena de a ESTIPULANTE arcar com a totalidade do Sinistro gerado pelos beneficiários remanescentes, além de eventual apuração de perdas e danos.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

Na hipótese de a CONTRATADA indenizar os BENEFICIÁRIOS por qualquer ato de terceiro que, por ação, omissão, imperícia, dolo ou culpa, tenha-lhe causado dano, ficará a CONTRATADA sub-rogada em todos os direitos deste, a fim de se ressarcir dos valores pagos em reparação do dano.

Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante às coberturas de assistência odontológica oferecidas pelo presente contrato não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo BENEFICIÁRIO.

A ESTIPULANTE assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades ou, ainda, pelo pagamento de sinistros a que a CONTRATADA seja submetida ou obrigada a pagar, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por BENEFICIÁRIOS ou EX-BENEFICIÁRIOS pleiteando coberturas contratuais ou alegando prejuízos a direitos relativos as coberturas contratuais, em especial nos casos em que esses direitos contrariem as regras e regulamentos exarados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

São documentos do presente contrato: a Proposta Comercial, seus anexos, os recibos, as declarações disponibilizadas no canal web, bem como as carteiras de identificação.

Não se admitirá a presunção de que as partes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente das Condições Gerais do contrato ou de quaisquer outros documentos que dele sejam parte integrante e complementar.

A CONTRATADA admitirá, atendendo a solicitação da ESTIPULANTE, a transferência do BENEFICIÁRIO TITULAR juntamente com seus respectivos DEPENDENTES, para distintas categorias de planos de acordo com as regras abaixo especificadas:

A CONTRATADA admitirá a transferência de uma categoria de plano de custo menor para outra de custo maior, no aniversário do contrato, desde que o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus respectivos DEPENDENTES permaneçam nesta nova categoria pelo período mínimo de 12 (doze) meses e que cumpram os prazos de carências inerentes às novas coberturas adquiridas em decorrência da referida transferência.

Os prazos de carência a serem cumpridos serão contados a partir da data da transferência.

Para o processamento das transferências, citadas anteriormente, a ESTIPULANTE deverá enviar a documentação em até 30 (trinta) dias antes do aniversário do contrato.

Os reembolsos nos casos de urgência e emergência, durante o cumprimento das carências para as novas coberturas, permanecerão de acordo com a categoria de plano anteriormente contratada.

A portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, deverá ser requerida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente ou no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário.

Fica a ESTIPULANTE obrigada a comunicar ao BENEFICIÁRIO TITULAR ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, com antecedência mínima de 30 dias, a data inicial e final do período para requisição da portabilidade especial.

A ESTIPULANTE se compromete a distribuir o respectivo Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o Guia de Leitura Contratual para os BENEFICIÁRIOS que forem incluídos no contrato.

A ESTIPULANTE concorda que as hipóteses de comunicação prévia referidas neste instrumento se darão de forma inequívoca, por qualquer meio permitido em direito, preferencialmente por meio eletrônico.

O presente contrato obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

21. DEFINIÇÕES

Para os efeitos deste contrato, ficam estabelecidas as seguintes definições:

Acidente Pessoal: É todo evento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento;

Aniversário: É a data do término do prazo de vigência do contrato ou de cada renovação deste.

Beneficiário: É a pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência odontológica.

Beneficiário Titular: É a pessoa física que faz parte do Grupo Beneficiado, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário com a ESTIPULANTE.

Beneficiário Dependente: É a pessoa física efetivamente incluída neste contrato, pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, e assim definida: cônjuge ou companheiro(a), filhos(as) naturais ou adotivos solteiros(as) até 21 anos incompletos ou filhos(as) até 24 anos, comprovadamente estudantes universitários(as) de escola do ensino médio.

Beneficiário Inativo: É o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado que optou pela sua manutenção na condição de BENEFICIÁRIO do plano contratado pela ESTIPULANTE.

Beneficiário Contributário: É o BENEFICIÁRIO TITULAR que contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência odontológica oferecido pela ESTIPULANTE em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário.

Beneficiário Não Contributário: É o BENEFICIÁRIO TITULAR que não contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência odontológica oferecido pela ESTIPULANTE em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, recaindo o ônus do custeio totalmente sobre a ESTIPULANTE.

Carência: É o período de tempo, corrido e ininterrupto contado da data de inclusão de cada beneficiário, em que o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou BENEFICIÁRIO DEPENDENTE não terá direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos, independente da ESTIPULANTE estar adimplente com a mensalidade do contrato.

Cobertura Assistencial: É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos odontológicos) organizada por segmentação a que o consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para a CONTRATADA, quanto para a ESTIPULANTE e o BENEFICIÁRIO.

Contratada: É a Vision Med Assistência Médica Ltda., que assume todos os riscos inerentes às coberturas de despesas odontológicas, nos termos e limites destas Condições Gerais.

Emergência: É a alteração aguda do estado de saúde que implica risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente / cirurgião-dentista assistente.

Empresário Individual: Pessoa Física ou Jurídica que exerce atividade empresarial, devidamente inscrita nos órgãos competentes e em regular exercício perante a Receita Federal, na forma da Resolução Normativa nº 432 da ANS ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria.

Estipulante: É a pessoa jurídica que contrata este plano, ficando investida dos poderes de representação dos BENEFICIÁRIOS perante a CONTRATADA, sendo responsável por todas as comunicações, avisos e esclarecimentos sobre as Condições Gerais inerentes a este contrato.

Evento Coberto: É o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, implique na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

Ficha Cadastral: É o documento pelo qual a ESTIPULANTE informa à CONTRATADA os dados pessoais do BENEFICIÁRIO TITULAR e de seus DEPENDENTES.

Grupo Beneficiado: É o conjunto de pessoas que podem ser aceitas no contrato, vinculadas diretamente à ESTIPULANTE ou, no caso dos DEPENDENTES, por intermédio do BENEFICIÁRIO TITULAR, em razão de vínculo empregatício ou relação estatutária, comprovados em documentação oficial. Poderão, ainda, integrar o Grupo Beneficiado, os aposentados e demitidos que estejam usufruindo os benefícios previstos na legislação em vigor, sendo certo que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da ESTIPULANTE, devendo esta, na hipótese de cancelamento do contrato, se responsabilizar pela continuidade na concessão de tais benefícios.

Início de Vigência: É a data acordada na proposta de contrato coletivo para início do contrato, com o respectivo pagamento da primeira mensalidade.

Ex Beneficiário: É aquele que já participou do plano na condição de beneficiário.

Limitações de Cobertura: São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Mensalidade: É a importância paga pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, na periodicidade prevista no contrato, em contrapartida às coberturas oferecidas.

Proponente: É a pessoa jurídica que apresenta à Operadora proposta com a intenção de contratar o plano de assistência odontológica.

Proposta de Contrato Coletivo: É o documento no qual a Proponente apresenta sua pretensão em contratar coberturas de despesas odontológicas a serem garantidas pela CONTRATADA.

Reajuste Financeiro: É a atualização do valor da mensalidade em função da variação dos custos odontológicos, despesas comerciais, administrativas e gerais da CONTRATADA, no período de 12 (doze) meses.

Reajuste Técnico: É a revisão do valor da mensalidade decorrente de alteração na taxa de utilização do contrato.

Rede Referenciada: É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente da CONTRATADA, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) BENEFICIÁRIO(S).

Reembolso: É a importância máxima, de responsabilidade da CONTRATADA, para fins de restituição dos valores pagos pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao prestador de serviços, respeitados os limites estabelecidos nestas Condições Gerais, desde que o procedimento tenha sido realizado em caráter de urgência ou emergência comprovada, quando verificada a impossibilidade de utilização da Rede Referenciada da CONTRATADA.

Segmentação Assistencial: É o tipo de cobertura CONTRATADA no plano de assistência à saúde.

Tabela de Honorários Odontológicos Golden Cross – Rede Master e Preferencial: É a relação de procedimentos odontológicos, valorados em quantidades de Unidades de Serviço Odontológico Golden Cross – USOGC, vigente à época do evento, para efeito de cálculo do pagamento das respectivas coberturas e reembolsos, devidamente registrada em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade do Rio de Janeiro, para atender ao plano contratado.

Unidade de Serviço Golden Cross – USOGC: É o valor, expresso em moeda corrente do país, vigente à época do evento, que servirá de base de cálculo para pagamento das coberturas previstas neste contrato, bem como para os limites de reembolso dos serviços prestados ao(s) BENEFICIÁRIO(S).

Urgência: É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal.

22. ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito, para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato, o foro do domicílio do BENEFICIÁRIO E/OU DA ESTIPULANTE.

CONDIÇÕES GERAIS

03 a 29 beneficiários

ADITIVO AO CONTRATO COLETIVO DE COBERTURA DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS, ENTRE VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. E O ESTIPULANTE, PARA COBERTURA ADICIONAL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS “GOLDENTAL 2”, NA FORMA ABAIXO.

1 – Objetivo

Cláusula primeira – Respeitado o disposto nas Condições Gerais do Contrato supracitado, este instrumento tem como objetivo garantir ao BENEFICIÁRIO TITULAR e ao(s) seu(s) DEPENDENTE(S) incluídos no contrato a cobertura de procedimentos odontológicos não cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (vigente) editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Goldental 2.

2 – Da forma de contratação da cobertura adicional

Cláusula segunda – No ato do preenchimento da proposta de contratação, a ESTIPULANTE indicará a cobertura adicional a ser contratada.

3 – Dos Procedimentos Cobertos

Cláusula terceira – Ao BENEFICIÁRIO TITULAR e seu(s) DEPENDENTES serão asseguradas as coberturas dos seguintes procedimentos odontológicos:

Procedimentos	Carência
Cirurgia:	
Curetagem apical	180 dias
Urgência e emergência:	
Pulpectomia	24 h
Tratamento de periconarite	24 h
Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	24 h

4 – Da mensalidade

Cláusula quarta – A mensalidade estipulada na data de aceitação da proposta da ESTIPULANTE será aquela estabelecida na tabela de mensalidades apresentada pela CONTRATADA.

Cláusula quinta – O reajuste da mensalidade obedecerá aos mesmos critérios constantes das Condições Gerais do plano Contratado.

5 – Do cancelamento da cobertura

Cláusula sexta – A rescisão ou extinção do Contrato Coletivo de Despesas Odontológicas, celebrado entre a CONTRATADA e a ESTIPULANTE implica, obrigatoriamente, no cancelamento da presente cobertura adicional.

6 – Disposições finais

Cláusula sétima – Todas as demais cláusulas e condições constantes das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO DE COBERTURA DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS aqui não expressamente alteradas continuam em pleno vigor.

CONDIÇÕES GERAIS

03 a 29 beneficiários

CLASSIFICAÇÃO DO PRODUTO

Código do plano	Descrição da cobertura	Registro na ANS
OR 70	Goldental 2 - Sem Coparticipação - Rede Master	471298146