

**SulAmérica Odontológico  
Coletivo Empresarial**

**SulAmérica Odontológico  
Empresarial  
Condições Gerais**

**ANS - nº 000043**

0063.0031.0497



# Índice

## Condições Gerais do Contrato de Seguro Odontológico Coletivo Empresarial Produto SulAmérica Odontológico

### Proposta de Seguro - Estipulante

### Proposta de Seguro - Subestipulante

• <b>Condições Gerais</b> .....	<b>01</b>
1 – Objeto do seguro .....	01
2 – Definições .....	01
3 – Coberturas e Procedimentos Garantidos .....	04
4 – Exclusões de Cobertura .....	08
5 – Carência .....	08
6 – Reembolso .....	09
7 – Rede Referenciada .....	11
8 – Coparticipação .....	11
9 – Autorizações Prévias .....	12
10 – Contratação do Seguro .....	12
11 – Inclusão de Segurados .....	13
12– Planos de Seguro .....	13
13– Prêmios .....	14
14– Reajustes do Prêmio do Seguro .....	15
15– Exclusão do Segurado .....	16
16– Extensão de Cobertura Assistencial .....	16
17– Vigência e Condições de Renovação Automática .....	18
18– Cancelamento do Seguro .....	18
19– Rescisão de Contrato .....	19
20– Divergências Odontológicas .....	19
21 – Sigilo Odontológico .....	20
22– Foro .....	20



Nº do Estudo

**Odontológico**

**Informações Cadastrais**

01-Razão Social do Estipulante

02-Nome Fantasia

03-Ramo de Atividade 04-CNPJ DV 05-Inscrição Estadual 06-Inscrição Municipal

07-Endereço 08-Número 09-Complemento 10-Município

11-Bairro 12-CEP 13-UF 14-DDD-Fone 15-Fax

16-Endereço de Cobrança 17-Número 18-Complemento 19-Município

20-Bairro 21-CEP 22-UF 23-DDD-Fone 24-Fax

25-Nome do Responsável/Contato

26-Cargo do Responsável/Contato 27-Telefone do Responsável/Contato 28-E-mail do Responsável/Contato

**Opções de Contratação**

29-Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções)

| | Sócios | | Administradores/Diretores | | Empregados  
| | Estagiários | | Aprendizes | | Demitidos e Aposentados

30-Total de Vidas Ativas 31-Total de Demitidos e Aposentados

32-Cobrança ao demitido/ aposentado direto pela seguradora | | sim | | não 33-Relação de Segurados | | Alfabética | | Matrícula | | Setor 34-Emissão da Fatura | | Internet | | Papel

**Planos, Coparticipação e Cobertura Opcional**

35-Planos | | Básico | | Especial | | Executivo | | Máximo 36-Coparticipação (inserir percentual) \_\_\_\_\_ %

37-Coberturas Opcionais e coparticipação | | Ortodontia \_\_\_\_\_ % | | Prótese \_\_\_\_\_ % | | Implante \_\_\_\_\_ %

**Categorias Profissionais e Planos**

38-Categorias Funcionais	39-Plano	40-Cobertura Opcional	38-Categorias Funcionais	39-Plano	40-Cobertura Opcional
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior**

**Importante:** Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

41-Nome do Plano de Origem 42-Contrato de Origem Nº 43-Vigência do Plano de Origem De / / Até / /

**Informações sobre o Corretor**

44-Nome do(a) Corretor(a)

45-Código SUSEP 46-DDD-Fone 47-E-mail

48-Estrutura Apoio 49-UOP 50-Estrutura Venda/Grade 51-Ação Apoio 52-Pró-Labore% 53-Agenciamento% 54-Corretagem%

**Uso Exclusivo da Seguradora**

55-Cód. Empresa 56-Apólice/Desdobramento 57-Sucursal 58-US Reembolso 59-Início de Vigência / /

**É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.**

Local e Data Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

## Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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”**;
2. temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na Segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação.
4. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

Nº do Estudo

**Odontológico**

**Informações Cadastrais**

01-Razão Social do Estipulante

02-Nome Fantasia

03-Ramo de Atividade | 04-CNPJ | DV | 05-Inscrição Estadual | 06-Inscrição Municipal

07-Endereço | 08-Número | 09-Complemento | 10-Município

11-Bairro | 12-CEP | 13-UF | 14-DDD-Fone | 15-Fax

16-Endereço de Cobrança | 17-Número | 18-Complemento | 19-Município

20-Bairro | 21-CEP | 22-UF | 23-DDD-Fone | 24-Fax

25-Nome do Responsável/Contato

26-Cargo do Responsável/Contato | 27-Telefone do Responsável/Contato | 28-E-mail do Responsável/Contato

**Opções de Contratação**

29-Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções) | 30-Total de Vidas Ativas | 31-Total de Demitidos e Aposentados

| | Sócios | | Administradores/Diretores | | Empregados  
| | Estagiários | | Aprendizes | | Demitidos e Aposentados

32-Cobrança ao demitido/ aposentado direto pela seguradora | 33-Relação de Segurados | 34-Emissão da Fatura  
| | sim | | não | | Alfabética | | Matrícula | | Setor | | Internet | | Papel

**Planos, Coparticipação e Cobertura Opcional**

35-Planos | 36-Coparticipação (inserir percentual)  
| | Básico | | Especial | | Executivo | | Máximo | \_\_\_\_\_ %

37-Coberturas Opcionais e coparticipação  
| | Ortodontia \_\_\_\_\_ % | | Prótese \_\_\_\_\_ % | | Implante \_\_\_\_\_ %

**Categorias Profissionais e Planos**

38-Categorias Funcionais	39-Plano	40-Cobertura Opcional	38-Categorias Funcionais	39-Plano	40-Cobertura Opcional
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior**

**Importante:** Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

41-Nome do Plano de Origem | 42-Contrato de Origem Nº | 43-Vigência do Plano de Origem  
De / / Até / /

**Informações sobre o Corretor**

44-Nome do(a) Corretor(a)

45-Código SUSEP | 46-DDD-Fone | 47-E-mail

48-Estrutura Apoio | 49-UOP | 50-Estrutura Venda/Grade | 51-Ação Apoio | 52-Pró-Labore% | 53-Agenciamento% | 54-Corretagem%

**Uso Exclusivo da Seguradora**

55-Cód. Empresa | 56-Apólice/Desdobramento | 57-Sucursal | 58-US Reembolso | 59-Início de Vigência  
/ /

**É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.**

Local e Data | Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo | Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

## Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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”**;
2. temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na Segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação.
4. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

---

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

Nº do Estudo

**Odontológico**

**Informações Cadastrais**

01-Razão Social do Estipulante

02-Nome Fantasia

03-Ramo de Atividade | 04-CNPJ | DV | 05-Inscrição Estadual | 06-Inscrição Municipal

07-Endereço | 08-Número | 09-Complemento | 10-Município

11-Bairro | 12-CEP | 13-UF | 14-DDD-Fone | 15-Fax

16-Endereço de Cobrança | 17-Número | 18-Complemento | 19-Município

20-Bairro | 21-CEP | 22-UF | 23-DDD-Fone | 24-Fax

25-Nome do Responsável/Contato

26-Cargo do Responsável/Contato | 27-Telefone do Responsável/Contato | 28-E-mail do Responsável/Contato

**Opções de Contratação**

29-Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções) | 30-Total de Vidas Ativas | 31-Total de Demitidos e Aposentados

| | Sócios | | Administradores/Diretores | | Empregados  
| | Estagiários | | Aprendizes | | Demitidos e Aposentados

32-Cobrança ao demitido/ aposentado direto pela seguradora | 33-Relação de Segurados | 34-Emissão da Fatura  
| | sim | | não | | Alfabética | | Matrícula | | Setor | | Internet | | Papel

**Planos, Coparticipação e Cobertura Opcional**

35-Planos | 36-Coparticipação (inserir percentual)  
| | Básico | | Especial | | Executivo | | Máximo | \_\_\_\_\_ %

37-Coberturas Opcionais e coparticipação  
| | Ortodontia \_\_\_\_\_ % | | Prótese \_\_\_\_\_ % | | Implante \_\_\_\_\_ %

**Categorias Profissionais e Planos**

38-Categorias Funcionais	39-Plano	40-Cobertura Opcional	38-Categorias Funcionais	39-Plano	40-Cobertura Opcional
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior**

**Importante:** Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

41-Nome do Plano de Origem | 42-Contrato de Origem Nº | 43-Vigência do Plano de Origem  
De / / Até / /

**Informações sobre o Corretor**

44-Nome do(a) Corretor(a)

45-Código SUSEP | 46-DDD-Fone | 47-E-mail

48-Estrutura Apoio | 49-UOP | 50-Estrutura Venda/Grade | 51-Ação Apoio | 52-Pró-Labore% | 53-Agenciamento% | 54-Corretagem%

**Uso Exclusivo da Seguradora**

55-Cód. Empresa | 56-Apólice/Desdobramento | 57-Sucursal | 58-US Reembolso | 59-Início de Vigência  
/ /

**É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.**

Local e Data | Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo | Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

## Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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”**;
2. temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na Segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação.
4. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

---

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

**Odontológico**

Nº do Estudo

**Informações Cadastrais**

01-Razão Social do Estipulante

02-Nome Fantasia

03-Ramo de Atividade | 04-CNPJ | DV | 05-Inscrição Estadual | 06-Inscrição Municipal

07-Endereço | 08-Número | 09-Complemento | 10-Município

11-Bairro | 12-CEP | 13-UF | 14-DDD-Fone | 15-Fax

16-Endereço de Cobrança | 17-Número | 18-Complemento | 19-Município

20-Bairro | 21-CEP | 22-UF | 23-DDD-Fone | 24-Fax

25-Nome do Responsável/Contato

26-Cargo do Responsável/Contato | 27-Telefone do Responsável/Contato | 28-E-mail do Responsável/Contato

**Opções de Contratação**

29-Total de Vidas Ativas | 30-Total de Demitidos e Aposentados | 31-Relação de Segurados | 32-Emissão da Fatura

| | Alfabética | | Matrícula | | Setor | | Internet | | Papel

**Planos, Coparticipação e Cobertura Opcional**

33-Planos | | Básico | | Especial | | Executivo | | Máximo | 34-Coparticipação (inserir percentual) \_\_\_\_\_ %

35-Coberturas Opcionais e coparticipação | | Ortodontia \_\_\_\_\_ % | | Prótese \_\_\_\_\_ % | | Implante \_\_\_\_\_ %

**Categorias Profissionais e Planos**

36-Categorias Funcionais	37-Plano	38-Cobertura Opcional	36-Categorias Funcionais	37-Plano	38-Cobertura Opcional
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior**

**IMPORTANTE:** Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

39-Nome do Plano de Origem | 40-Contrato de Origem Nº | 41-Vigência do Plano de Origem

De / / Até / /

**Informações sobre o Corretor**

42-Nome do(a) Corretor(a)

43-Código SUSEP | 44-DDD-Fone | 45-E-mail

46-Estrutura Apoio | 47-UOP | 48-Estrutura Venda/Grade | 49-Ação Apoio | 50-Pró-Labore % | 51-Agenciamento % | 52-Corretagem %

**Uso Exclusivo da Seguradora**

53-Código da Empresa | 54-Apólice/Desdobramento | 55-Sucursal | 56-US Reembolso | 57-Início de Vigência / /

**É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.**

Local e Data | Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo | Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo

---

## Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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”**;
2. temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na Segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação.
4. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

---

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

**Odontológico**

Nº do Estudo \_\_\_\_\_

**Informações Cadastrais**

01-Razão Social do Estipulante \_\_\_\_\_

02-Nome Fantasia \_\_\_\_\_

03-Ramo de Atividade | 04-CNPJ \_\_\_\_\_ DV | 05-Inscrição Estadual \_\_\_\_\_ | 06-Inscrição Municipal \_\_\_\_\_

07-Endereço \_\_\_\_\_ | 08-Número \_\_\_\_\_ | 09-Complemento \_\_\_\_\_ | 10-Município \_\_\_\_\_

11-Bairro \_\_\_\_\_ | 12-CEP \_\_\_\_\_ | 13-UF \_\_\_\_\_ | 14-DDD-Fone \_\_\_\_\_ | 15-Fax \_\_\_\_\_

16-Endereço de Cobrança \_\_\_\_\_ | 17-Número \_\_\_\_\_ | 18-Complemento \_\_\_\_\_ | 19-Município \_\_\_\_\_

20-Bairro \_\_\_\_\_ | 21-CEP \_\_\_\_\_ | 22-UF \_\_\_\_\_ | 23-DDD-Fone \_\_\_\_\_ | 24-Fax \_\_\_\_\_

25-Nome do Responsável/Contato \_\_\_\_\_

26-Cargo do Responsável/Contato \_\_\_\_\_ | 27-Telefone do Responsável/Contato \_\_\_\_\_ | 28-E-mail do Responsável/Contato \_\_\_\_\_

**Opções de Contratação**

29-Total de Vidas Ativas | 30-Total de Demitidos e Aposentados | 31-Relação de Segurados | 32-Emissão da Fatura

| | Alfabética | | Matrícula | | Setor | | Internet | | Papel

**Planos, Coparticipação e Cobertura Opcional**

33-Planos | | Básico | | Especial | | Executivo | | Máximo | 34-Coparticipação (inserir percentual) \_\_\_\_\_ %

35-Coberturas Opcionais e coparticipação | | Ortodontia \_\_\_\_\_ % | | Prótese \_\_\_\_\_ % | | Implante \_\_\_\_\_ %

**Categorias Profissionais e Planos**

36-Categorias Funcionais	37-Plano	38-Cobertura Opcional	36-Categorias Funcionais	37-Plano	38-Cobertura Opcional
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior**

**IMPORTANTE:** Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

39-Nome do Plano de Origem \_\_\_\_\_ | 40-Contrato de Origem Nº \_\_\_\_\_ | 41-Vigência do Plano de Origem De / / Até / /

**Informações sobre o Corretor**

42-Nome do(a) Corretor(a) \_\_\_\_\_

43-Código SUSEP \_\_\_\_\_ | 44-DDD-Fone \_\_\_\_\_ | 45-E-mail \_\_\_\_\_

46-Estrutura Apoio | 47-UOP | 48-Estrutura Venda/Grade | 49-Ação Apoio | 50-Pró-Labore % | 51-Agenciamento % | 52-Corretagem %

**Uso Exclusivo da Seguradora**

53-Código da Empresa | 54-Apólice/Desdobramento | 55-Sucursal | 56-US Reembolso | 57-Início de Vigência / /

**É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.**

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo \_\_\_\_\_

Assinatura do Corretor sob Carimbo \_\_\_\_\_ Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo \_\_\_\_\_

---

## Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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”**;
2. temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na Segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação.
4. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

---

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

**Odontológico**

Nº do Estudo \_\_\_\_\_

**Informações Cadastrais**

01-Razão Social do Estipulante \_\_\_\_\_

02-Nome Fantasia \_\_\_\_\_

03-Ramo de Atividade | 04-CNPJ \_\_\_\_\_ DV | 05-Inscrição Estadual \_\_\_\_\_ | 06-Inscrição Municipal \_\_\_\_\_

07-Endereço \_\_\_\_\_ | 08-Número \_\_\_\_\_ | 09-Complemento \_\_\_\_\_ | 10-Município \_\_\_\_\_

11-Bairro \_\_\_\_\_ | 12-CEP \_\_\_\_\_ | 13-UF \_\_\_\_\_ | 14-DDD-Fone \_\_\_\_\_ | 15-Fax \_\_\_\_\_

16-Endereço de Cobrança \_\_\_\_\_ | 17-Número \_\_\_\_\_ | 18-Complemento \_\_\_\_\_ | 19-Município \_\_\_\_\_

20-Bairro \_\_\_\_\_ | 21-CEP \_\_\_\_\_ | 22-UF \_\_\_\_\_ | 23-DDD-Fone \_\_\_\_\_ | 24-Fax \_\_\_\_\_

25-Nome do Responsável/Contato \_\_\_\_\_

26-Cargo do Responsável/Contato \_\_\_\_\_ | 27-Telefone do Responsável/Contato \_\_\_\_\_ | 28-E-mail do Responsável/Contato \_\_\_\_\_

**Opções de Contratação**

29-Total de Vidas Ativas | 30-Total de Demitidos e Aposentados | 31-Relação de Segurados | 32-Emissão da Fatura

| | Alfabética | | Matrícula | | Setor | | Internet | | Papel

**Planos, Coparticipação e Cobertura Opcional**

33-Planos | | Básico | | Especial | | Executivo | | Máximo | 34-Coparticipação (inserir percentual) \_\_\_\_\_ %

35-Coberturas Opcionais e coparticipação | | Ortodontia \_\_\_\_\_ % | | Prótese \_\_\_\_\_ % | | Implante \_\_\_\_\_ %

**Categorias Profissionais e Planos**

36-Categorias Funcionais	37-Plano	38-Cobertura Opcional	36-Categorias Funcionais	37-Plano	38-Cobertura Opcional
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior**

**IMPORTANTE:** Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

39-Nome do Plano de Origem \_\_\_\_\_ | 40-Contrato de Origem Nº \_\_\_\_\_ | 41-Vigência do Plano de Origem De / / Até / /

**Informações sobre o Corretor**

42-Nome do(a) Corretor(a) \_\_\_\_\_

43-Código SUSEP \_\_\_\_\_ | 44-DDD-Fone \_\_\_\_\_ | 45-E-mail \_\_\_\_\_

46-Estrutura Apoio | 47-UOP | 48-Estrutura Venda/Grade | 49-Ação Apoio | 50-Pró-Labore % | 51-Agenciamento % | 52-Corretagem %

**Uso Exclusivo da Seguradora**

53-Código da Empresa | 54-Apólice/Desdobramento | 55-Sucursal | 56-US Reembolso | 57-Início de Vigência / /

**É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.**

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo \_\_\_\_\_

Assinatura do Corretor sob Carimbo \_\_\_\_\_ Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo \_\_\_\_\_

---

## Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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”**;
2. temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na Segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação.
4. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

---

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

---

Sul América Seguro Saúde S.A.  
Registro na ANS nº 000043

Apólice

Estipulante

## Condições Gerais do Contrato de Seguro Odontológico Coletivo Empresarial

### Produto SulAmérica Odontológico

#### 1. Objeto do Seguro

Serão reembolsadas ao Segurado ou efetuado o pagamento, por conta e ordem deste, diretamente à rede referenciada, as despesas efetuadas com os serviços odontológicos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na Segmentação **Odontológica**.

#### 1.1 Natureza do Contrato

O Seguro Odontológico SulAmérica trata-se de um Contrato de Seguro regido pelo art. 757 e seguintes do Código Civil Brasileiro e pela Lei n.º 9.656, de 1998. É contrato de adesão, conforme dispõe o art. 54, caput, do Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, por ter suas cláusulas aprovadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

#### 1.2 Área Geográfica de Abrangência

A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação, é **Nacional**.

#### 1.3 Tipo de Contratação

O Seguro Odontológico SulAmérica tem, como tipo de contratação de que tratam as Resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade **Coletivo Empresarial**.

#### 1.4 Tipo de Segmentação Assistencial

Garantia, ao Segurado, da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na Segmentação **Odontológica**.

#### 2. Definições

##### 2.1 Abrangência Geográfica

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento odontológico ao Segurado.

**2.2 Acidente Pessoal**

Evento, exclusivo e diretamente externo, súbito involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão bucal que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento odontológico.

**2.3 Apólice de Seguro**

Documento emitido pela Seguradora ao Estipulante para formalizar a contratação do seguro.

**2.4 Autorização Prévia de Orçamento**

Registro formal na Seguradora do pedido do cirurgião-dentista para realização de determinados procedimentos odontológicos.

**2.5 Carência**

É o período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

**2.6 Cartão Proposta**

Documento que formaliza a intenção de ingresso do proponente ao seguro contratado, que deverá ser preenchido e assinado pelo proponente titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa.

**2.7 Cartão SulAmérica Odontológico**

Cartão individual e personalizado, que servirá para identificar o Segurado junto à Seguradora e à Rede Referenciada.

**2.8 Categoria Funcional**

Conjunto de Pessoas que façam parte de um mesmo cargo funcional na empresa.

**2.9 Cobertura Odontológica**

É a garantia, ao Segurado, de realização dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, **na Segmentação Odontológica.**

**2.10 Coparticipação**

É a parte paga pelo Segurado destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.

**2.11 Corretor de Seguros**

Profissional autônomo ou pessoa jurídica, habilitado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros. A escolha do corretor é da inteira e exclusiva responsabilidade do Estipulante, conforme previsto na Lei n.º 4.594/64, Decreto-lei n.º 73/66 e Decreto n.º 60.459/67.

**2.12 Dependentes Seguráveis**

Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

**2.13 Estipulante**

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Seguro com a Seguradora, responsável pelo pagamento dos Prêmios mensais, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

**2.14 Grupo Segurado**

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

**2.15 Grupo Segurável**

Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto empregatício, mantido com o Estipulante. O vínculo mantido com o Estipulante poderá abranger os sócios, administradores/diretores, estagiários, aprendizes e seus respectivos Dependentes Seguráveis, passível de aderir ao Seguro.

**2.16 Planos de Seguro Odontológico**

Conjunto composto pelo valor a ser reembolsado, rede referenciada e prêmio mensal.

**2.17 Prêmio**

É a importância paga, mensal e antecipadamente pelo Estipulante à Seguradora, em moeda corrente nacional, para garantia ao Grupo Segurado do direito às coberturas contratualmente estabelecidas.

**2.18 Proponente**

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, que propõe o seu ingresso e o de seus dependentes no seguro. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

**2.19 Proposta de Seguro**

Parte integrante das Condições Gerais do Seguro Odontológico Coletivo Empresarial, é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro.

**2.20 Rede Referenciada**

Conjunto de profissionais e instituições, opcionalmente colocado à disposição do Segurado para prestar atendimento odontológico.

**2.21 Reembolso**

Ressarcimento ao Segurado Titular das despesas odontológicas cobertas pelo seguro, efetuadas e comprovadamente pagas por ele ou por seus dependentes segurados, com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Referenciada. O ressarcimento será de acordo com a Tabela SulAmérica Odontológico e plano contratado.

**2.22 Segurado**

Pessoa física a favor da qual o Estipulante contrata com a Seguradora o Seguro Odontológico Coletivo Empresarial, sendo:

**a) Segurado Titular**

Pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no Seguro, responsável pelas informações prestadas no cartão proposta.

**b) Segurado Dependente**

Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

**2.23 Seguradora**

**Sul América Seguro Saúde S.A., pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o n.º 000043 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ n.º 86.878.469/0001-43, situada à Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121 - Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.211-903.**

**2.24 Sinistralidade**

Resultado da divisão do valor total dos sinistros pelo total de prêmios cobrados durante o período de apuração.

**2.25 Sinistro**

Toda despesa odontológica efetuada pelo Segurado e coberta pelo seguro.

**2.26 Subestipulante**

Pessoa Jurídica que direta ou indiretamente controle o Estipulante ou esteja sob o controle, direto ou indireto, da(s) mesma(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) que controle o Estipulante, ou ainda, que direta ou indiretamente seja controlada pelo Estipulante.

**2.27 Tabela SulAmérica Odontológico- TSO**

É a relação de procedimentos odontológicos estabelecidos em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações que servirá como base para o reembolso das despesas realizadas com o tratamento do Segurado Titular ou seu(s) dependente(s) incluído(s) no seguro. Esta relação poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. A Tabela SulAmérica Odontológico está disponível a todos os Segurados no web site [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline).

**2.28 Urgência**

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

**3. Coberturas e Procedimentos Garantidos**

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de acordo com a **Segmentação Odontológica** e suas atualizações instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vigor na data da realização do evento, conforme descrito a seguir:

**3.1 Cirurgia**

- Alveoloplastia
- Apicetomia com ou sem obturação retrógrada
- Aprofundamento/aumento de vestibulo
- Biópsia de boca
- Biópsia de glândula salivar
- Biópsia de lábio
- Biópsia de língua
- Biópsia de mandíbula/maxila
- Bridectomia/bridotomia
- Cirurgia para tórus/exostose
- Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila
- Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar
- Exodontia a retalho
- Frenotomia/frenectomia labial
- Frenotomia/frenectomia lingual
- Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- Redução de fratura alvéolo dentária
- Redução de luxação da ATM
- Remoção de dentes retidos (inclusos, semi inclusos ou impactados)
- Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na mandíbula/maxila
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos s/ reconstrução
- Ulectomia/Ulotomia

**3.2 Consultas**

- Condicionamento em Odontologia

**3.3 Dentística**

- Coroa unitária provisória com ou sem pino/ provisório para preparo de RMF
- Faceta direta em resina fotopolimerizável
- Núcleo de preenchimento

- **Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato**
- **Reabilitação com coroa total de cerômero unitária - inclui peça protética**
- **Reabilitação com coroa total metálica unitária - inclui peça protética**
- **Reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré fabricado - inclui a peça protética**
- **Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética**
- **Restauração em amálgama**
- **Restauração em ionômero de vidro**
- **Restauração em resina fotopolimerizável**

### **3.4 Diagnóstico**

- **Consulta odontológica inicial**
- **Procedimento diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial**
- **Teste de fluxo salivar**

### **3.5 Endodontia**

- **Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final**
- **Pulpotomia**
- **Remoção de corpo estranho intra canal**
- **Remoção de núcleo intra canal**
- **Remoção de peça/trabalho protético**
- **Retratamento endodôntico em dentes permanentes**
- **Tratamento de perfuração (radicular/câmara pulpar)**
- **Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta**
- **Tratamento endodôntico em dentes decíduos**
- **Tratamento endodôntico em dentes permanentes**

### **3.6 Periodontia**

- **Ajuste oclusal**
- **Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada**
- **Aumento de coroa clínica**
- **Cirurgia periodontal a retalho**
- **Cunha proximal**
- **Dessensibilização Dentária**
- **Gengivectomia/gengivoplastia**
- **Imobilização dentária**

- **Odontosecção**
- **Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)**

### **3.7 Prevenção em Saúde Bucal**

- **Adequação do meio bucal**
- **Aplicação de cariostático**
- **Aplicação de selante**
- **Aplicação tópica de flúor**
- **Atividade educativa em Saúde Bucal**
- **Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)**
- **Profilaxia - Polimento Coronário**
- **Raspagem sub gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal**
- **Raspagem supra gengival e polimento coronário**
- **Remineralização Dentária**
- **Tratamento restaurador atraumático**

### **3.8 Radiologia**

- **Radiografia interproximal (bite wing)**
- **Radiografia oclusal**
- **Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)**
- **Radiografia pariapical**

### **3.9 Urgência**

- **Colagem de fragmentos dentários**
- **Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático**
- **Exodontia de raiz residual**
- **Exodontia simples de decíduo**
- **Exodontia simples de permanente**
- **Incisão e drenagem (intra ou extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial**
- **Recimentação de peça/trabalho protético**
- **Reimplante de dente avulsionado com contenção**
- **Restauração temporária/tratamento expectante**
- **Sutura de ferida buco-maxilo-facial**
- **Tratamento de abscesso periodontal**
- **Tratamento de alveolite**
- **Tratamento de odontalgia aguda**

**4. Exclusões de Cobertura**

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

- 4.1 Tratamento odontológico decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 4.2 Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de emergência e urgência, exames, terapias 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;**
- 4.3 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo;**
- 4.4 Serviços odontológicos com finalidade exclusivamente estética;**
- 4.5 Serviços em ouro ou qualquer outro tipo de metal nobre;**
- 4.6 Despesas hospitalares relacionadas a extrações sob anestesia geral;**
- 4.7 Cirurgias buco-maxilo-faciais em regime de internação;**
- 4.8 Remoções do segurado;**
- 4.9 Atendimento domiciliar;**
- 4.10 Internações;**
- 4.11 Todo e qualquer atendimento médico ou hospitalar;**
- 4.12 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a Segmentação Odontológica vigente na data de realização do evento.**

**5. Carência**

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

- 5.1 As coberturas garantidas neste contrato de seguro, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência do Segurado.**

**5.1.1 A carência somente será aplicada aos segurados elegíveis para esta condição.**

## 5.2 Grupos de Carência

- a) **Grupo de carência 0:**  
0 (zero) hora da data de vigência do Segurado para emergências.
- b) **Grupo de carência 1:**  
15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para diagnóstico, radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística e cirurgia.
- c) **Grupo de carência 2:**  
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Segurado para endodontia e periodontia.

## 6. Reembolso

O Segurado será reembolsado das despesas odontológicas efetuadas com o seu tratamento ou de seus dependentes, quando não utilizar a Rede Referenciada, ou seja, quando optarem pela livre escolha, de acordo com o estabelecido a seguir.

**6.1** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os dentistas ou clínicas odontológicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**6.2** Os procedimentos odontológicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Odontológico – TSO que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a Segmentação Odontológica e suas atualizações instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A TSO está disponível a todos os Segurados no web site [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline).

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

**6.2.2** O valor unitário de cada procedimento está definido, respeitando o critério definido na Resolução CONSU nº 08, alterada pela CONSU nº 15, a qual, diz que o reembolso das despesas garantidas pelo seguro contratado com profissionais e instituições não referenciadas, não serão inferiores aos praticados na rede referenciada.

**6.2.2.1** O valor unitário de cada procedimento poderá ser reajustado para garantir que o valor reembolsado ao Segurado titular não seja inferior ao menor valor praticado na rede referenciada.

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

$\text{Valor unitário do procedimento} * \text{Quantidade de vezes que o procedimento foi realizado}$
---

\*Previsto na Tabela SulAmérica Odontológico, para o procedimento realizado, de acordo com o plano contratado.

- 6.3** O valor correspondente à coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular, conforme disposições constantes das Condições Gerais de Seguro Odontológico Coletivo Empresarial.
- 6.4** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de pagamento e a análise técnica necessárias para o reembolso das despesas odontológicas realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará na recontagem do prazo estabelecido para reembolso.
- 6.5** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias do efetivo pagamento pela Seguradora.
- 6.6** Ainda que o Segurado tenha mais de um seguro odontológico na Seguradora, em seu nome ou de outra pessoa no qual seja incluído como dependente, a quantia relativa ao reembolso será devida uma única vez, por procedimento realizado. Nesse caso, o reembolso a ser pago será com base no maior valor.
- 6.7** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado pelas respectivas despesas.
- 6.8** A Seguradora manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.
- 6.9 Prazos para Reembolso**
- 6.9.1** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos em território nacional.
- 6.9.2** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.
- 6.10 Documentos necessários para reembolso das despesas odontológicas**  
**Os documentos necessários são:**
- a) Cópia do cartão de identificação;
  - b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e/ou nota fiscal original, constando:
    - Número de inscrição no CRO (Conselho Regional de Odontologia);
    - Valor da consulta inicial e descrição de cada um dos procedimentos realizados com as respectivas datas e valores;
    - Formulário próprio da Seguradora denominado Prévias de Reembolso, com aprovação do orçamento, se houver;

- c) Para os casos de reembolso dos exames complementares de radiografias, no recibo e/ou nota fiscal deverá constar nome de cada exame realizado com preço unitário, partes radiografadas, número de incidências e formulário próprio da Seguradora com autorização do orçamento.

**6.11 Todos os processos de reembolso passam por análise de consultor técnico, que poderá solicitar documentos complementares para melhor análise, bem como as radiografias.**

## **7. Rede Referenciada**

- 7.1** A Rede Referenciada consiste no conjunto de dentistas especializados opcionalmente colocados à disposição dos Segurados pela Seguradora, para prestar atendimento odontológico de acordo com o plano contratado.
- 7.2** A Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Referenciada pelos serviços odontológicos cobertos realizados.
- 7.3** A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente.
- 7.4** Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável a apresentação do Cartão SulAmérica Odontológico, documento de identidade e Autorização Prévia de Orçamento.

## **8. Coparticipação**

- 8.1** O Estipulante poderá optar pelo percentual de coparticipação financeira do Segurado na realização de todos os procedimentos odontológicos cobertos pelo seguro. O percentual de coparticipação será definido pela Estipulante no momento da contratação do seguro.
- 8.2** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do Estipulante.
- 8.3** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei nº 9656/98.
- 8.4** O valor da coparticipação em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.
- 8.5** O atraso no pagamento da coparticipação implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.

- 8.6** O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento da coparticipação em atraso.
- 8.7** O atraso no pagamento da coparticipação por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do seguro.
- 8.8** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento da apólice e/ou desligamento do Segurado.
- 8.9** O pagamento da coparticipação não quita eventuais débitos anteriores.
- 8.10** Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer valor referente à coparticipação vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

## **9. Autorizações Prévias**

É obrigatório que todos os orçamentos realizados pelos prestadores referenciados, ou pela livre escolha, sejam submetidos à análise prévia da Seguradora, exceto para:

- a) Consultas iniciais;
- b) Consultas de emergência e/ou urgência;

- 9.1** A liberação de autorização prévia não elimina a obrigatoriedade da apresentação de radiografias, quando necessárias para a comprovação da realização do tratamento.
- 9.2** A autorização prévia será concedida após análise, aprovação e valorização, pela Seguradora, do orçamento fornecido pelo cirurgião dentista, após a consulta inicial.

## **10. Contratação do Seguro**

A contratação deste seguro respeitará as normas e legislação vigentes para a **Segmentação Odontológica**, além das condições descritas a seguir.

### **10.1 Este seguro é destinado a Grupos Segurados, que poderão ser compostos pelas categorias a seguir, acrescidas ou não dos respectivos Dependentes Seguráveis:**

- a) Sócios;
- b) Administradores/Dirigentes;
- c) Empregados;

- d) Estagiários;
- e) Aprendizes.

**10.2** Todo aquele que vier a fazer parte do Grupo Segurável definido na contratação do seguro poderá ser incluído no seguro na ocasião de sua contratação.

**10.3** Será espontânea a contratação de qualquer pessoa que venha incorporar o Grupo Segurável estabelecido nas condições gerais deste seguro.

## **11. Inclusão de Segurados**

**11.1** O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente segurável e/ou o mesmo dia do início de vigência do Seguro no mês subsequente de sua inclusão e estará isento do cumprimento dos prazos de carência.

**11.2** Nos casos de recém nascido, a inclusão poderá ocorrer em até 180 (cento e oitenta) dias da data de nascimento, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência.

**11.3** O Segurado incluído após o prazo de 30 (trinta) dias do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente segurável, terá como data de início de vigência o mesmo dia do início de vigência do Seguro no mês subsequente à solicitação de sua inclusão e cumprirá os prazos de carência. Nos casos de inclusão de recém nascido após o prazo de 180 (cento e oitenta) dias da data de nascimento, deverão ser cumpridos os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

## **12. Planos de Seguro**

**12.1** O Estipulante poderá eleger, na contratação do seguro, um ou mais planos, entre as opções existentes.

**12.1.1** Os planos oferecidos para contratação são:

<b>Planos</b>	<b>Registro ANS</b>
<b>Máximo</b>	457193082
<b>Executivo</b>	457191086
<b>Especial</b>	457189084
<b>Básico</b>	457187088

**12.1.2** O plano dos dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular.

**12.1.3** Os planos são diferenciados quanto a rede referenciada e reembolso conforme Tabela SulAmérica Odontológico - TSO.

### **13. Prêmios**

**13.1** O prêmio mensal será constituído pela soma dos prêmios individuais de cada segurado, acrescidos dos encargos previstos na legislação vigente.

**13.2** O valor do prêmio inicial mensal relativo a cada segurado definido na vigência do contrato, está expresso na Proposta Comercial, que é parte integrante deste contrato de seguro.

**13.3** O prêmio mensal deverá ser pago pelo Estipulante à Seguradora antes da utilização das coberturas contratadas.

**13.4** O vencimento dos prêmios mensais ocorrerá sempre no dia 5 (cinco) de cada mês de cobertura do risco. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

**13.5** Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes das alterações de planos, de inclusões e exclusões de Segurados, serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

**13.6** As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

**13.7** O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.

**13.8** O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.

**13.9** O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do Prêmio em atraso.

**13.10** O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do seguro.

**13.11** O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.

**13.12** Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

## 14. Reajustes do Prêmio do Seguro

Estão previstos para o contrato, os reajustes dos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro, técnico e por sinistralidade, na forma estabelecida nas subcláusulas a seguir. A aplicação do reajuste deverá observar o intervalo mínimo de 12 (doze) meses, podendo os mesmos serem aplicados cumulativamente.

### 14.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Odontológicos de administração, de comercialização e de outras despesas incidente sobre a operação do seguro.

### 14.2 Reajuste Técnico do Prêmio

A Seguradora reserva-se o direito de semestralmente analisar o prêmio mensal sempre que o prêmio médio, calculado com base na quantidade de vidas e composição etária do Grupo Segurado, resultar diferença em relação ao prêmio médio da implantação do Seguro ou do último reajuste feito com base neste item.

### 14.3 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

O prêmio será recalculado em função da sinistralidade apurada.

**14.3.1** Sempre que o índice de sinistralidade (sinistros pagos e sinistros avisados não pagos/prêmio), estiver acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos), os prêmios serão reajustados respeitando o período mínimo de 12 (doze) meses, conforme a seguinte fórmula:

$$PN = \frac{PA \times ISP}{0,65}$$

Na qual:

PN = Índice de correção ao prêmio no semestre  
 PA = Soma dos sinistros no semestre  
 ISP = Soma dos prêmios cobrados no semestre  
 0,65 = Índice Máximo de Sinistralidade

**14.3.2** A sinistralidade será analisada semestralmente e serão considerados os critérios a seguir.

**14.3.3** Para efeito da análise da sinistralidade, serão considerados os sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos, e prêmios de todos os segurados.

**14.3.4** A primeira análise ocorrerá no 11º (décimo primeiro) mês de vigência e serão ignorados os 3 (três) primeiros meses. Neste caso, o primeiro período de apuração compreenderá do 4º (quarto), ao 10º (décimo) mês de vigência. A aplicação do resultado da apuração dar-se-á no 13º (décimo terceiro) mês de vigência do seguro.

**14.3.5** Caso não tenha ocorrido reajuste anterior, as apurações posteriores ocorrerão semestralmente, ignorando os 3 (três) primeiros meses de vigência da apólice e limitado ao período dos últimos 12 (doze) meses.

**14.3.6** Caso tenha sido aplicado o reajuste, as avaliações posteriores serão semestrais e a efetiva aplicação dar-se-á, após decorridos no mínimo 12 (doze) meses da aplicação do último reajuste.

**14.4** A Seguradora apresentará ao Estipulante o cálculo do prêmio estimado em decorrência dos resultados das apurações, dos reajustes citados acima, com 30 (trinta) dias de antecedência da aplicação do novo prêmio.

**14.5** Conforme dispõe a regulamentação vigente, qualquer reajuste aplicado ao contrato, nas modalidades citadas nas cláusulas anteriores, é informado à ANS em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

## **15. Exclusão do Segurado**

**15.1** O Segurado Titular será excluído do seguro nos seguintes casos:

- a) Cancelamento do seguro pelo Estipulante respeitado o período de vigência;
- b) Término do vínculo com o Estipulante, resguardado, quando for o caso, o direito de Extensão de Cobertura Assistencial previsto na legislação vigente. É de responsabilidade do Estipulante informar a Seguradora sobre o final do vínculo do Segurado Titular.
- c) Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.

**15.2** O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas Condições Gerais deste seguro;
- b) Cancelamento do Segurado Titular.

## **16. Extensão de Cobertura Assistencial**

**16.1** Será de inteira responsabilidade do Estipulante oferecer a Extensão de Cobertura Assistencial ao aposentado, exonerado ou demitido sem justa causa, que tenha contribuído com o seguro nos termos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

**16.1.1** Não serão consideradas como contribuição as Franquias e Coparticipações do Segurado.

### **16.2 Por Exoneração ou Rescisão do Contrato de Trabalho**

**16.2.1** Ao Segurado Titular que contribuiu para o seguro odontológico, em decorrência do vínculo empregatício, é garantido o direito de manter a sua condição de Segurado deste seguro nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na vigência do contrato de trabalho, desde que continue pagando integralmente os prêmios e faça sua opção em até 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

- 16.2.2** O período de manutenção desta condição será de um terço do tempo de permanência no seguro como Empregado, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 16.2.3** Esta condição é extensiva a todo o Grupo Familiar inscrito na data da opção pela extensão da cobertura assistencial.
- 16.2.4** Em caso de morte do Segurado Titular, é garantido aos Segurados Dependentes o direito de manter a sua condição de Segurado do seguro pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 16.2.5** O direito assegurado neste item não exclui vantagens obtidas pelos Empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
- 16.2.6** A condição prevista neste item deixará de existir quando da admissão do Segurado Titular em novo emprego, ou pelo cancelamento do seguro.
- 16.3** **Por Aposentadoria**
- 16.3.1** Ao Aposentado que contribuiu para o seguro odontológico em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é garantido o direito de manter a sua condição de Segurado deste seguro nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na vigência do contrato de trabalho, desde que continue pagando integralmente os prêmios.
- 16.3.2** Ao Aposentado que contribuiu para o seguro coletivo odontológico, por período inferior a 10 (dez) anos, é garantido o direito de manter a sua condição de Segurado do seguro, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que continue pagando integralmente os prêmios.
- 16.3.3** Esta condição é extensiva a todo o Grupo Familiar inscrito na data da opção pela extensão da cobertura assistencial.
- 16.3.4** Em caso de morte do Segurado Titular, é garantido aos Segurados Dependentes o direito de manter a sua condição de Segurado do seguro pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 16.3.5** O direito assegurado neste item não exclui vantagens obtidas pelos Empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**16.3.6** A condição prevista neste item deixará de existir quando da admissão do Segurado Titular em novo emprego, ou pelo cancelamento do seguro odontológico.

**16.4** Quando houver cancelamento do benefício, o Segurado poderá optar por um plano individual, no prazo de 30 dias, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que esta Seguradora sob o registro nº 000043, esteja comercializando produto individual.

## **17. Vigência e Condições de Renovação Automática**

**17.1** O período de vigência deste seguro será de 24 (vinte e quatro) meses com início a partir da zero hora do primeiro dia do mês do pagamento da 1ª (primeira) fatura mensal.

**17.2** Este seguro será renovado automaticamente por período indeterminado, após o período inicial de vigência, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, de qualquer das partes. Sempre que este seguro for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

## **18. Cancelamento do Seguro**

**18.1** Cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou Estipulante.

**18.1.1** O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 24 (vinte e quatro) meses e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência.

**18.2** Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora

**18.2.1** O seguro estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento por iniciativa da Seguradora sem direito a devolução dos prêmios pagos, nas seguintes situações:

- a) Quando a natureza dos riscos do Grupo Segurado sofrer alteração, tornando inviável a sua manutenção pela Seguradora, que comunicará ao Estipulante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência;
- b) Quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 50 (cinquenta) vidas;

- c) **Por inadimplência superior a 30 (trinta) dias;**
- d) **Quando o Estipulante, Proponente ou seu Responsável Legal não fizer declarações verdadeiras e completas na proposta de seguro ou no cartão proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.**
- e) **Quando for identificado pela Seguradora infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.**

## **19. Rescisão de Contrato**

**19.1 Conforme estabelecido na cláusula 17.1, o período de vigência deste contrato de seguro é de 24 (vinte e quatro) meses.**

**19.1.1 Nos casos em que o Estipulante solicitar o cancelamento antes deste período, este deverá solicitar com 60 (sessenta) dias de antecedência e deverá pagar multa.**

**19.1.2 A multa será 50% (cinquenta por cento) do valor do último prêmio considerando todas as vidas ativas, multiplicado pelos meses que faltam para o término da vigência definida neste contrato de seguro.**

**19.1.2.1 A multa também será cobrada, nos casos em que a Seguradora cancelar o contrato por inadimplência do Estipulante antes do término do período inicial de vigência, além dos prêmios vencidos.**

## **20. Divergências Odontológicas**

**20.1 As divergências e dúvidas de natureza odontológica relacionadas aos serviços cobertos no seguro serão resolvidas por junta odontológica composta de três membros, sendo: um nomeado pela Segurado, outro pela Seguradora, e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.**

**20.2 Não havendo consenso sobre a escolha do dentista desempatador, sua designação será solicitada ao presidente da sociedade odontológica ou, em sua falta, a associação odontológica reconhecida oficialmente e sediada na localidade.**

**20.3 A remuneração do terceiro, desempatador, será paga pela Seguradora.**

**21. Sigilo Odontológico**

O Segurado tem ciência de que a Seguradora poderá, a qualquer tempo, através de um profissional odontológico indicado por ela, consultar qualquer entidade de direito público ou privado, pessoas físicas ou jurídicas, com o objetivo de obter informações relacionadas à cobertura garantida pela proposta de seguro.

**22. Foro**

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Estipulante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de seguro.

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Estipulante**  
**Nome e Assinatura do Representante Legal**  
**(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procuração Registrada em Cartório,**  
**com poderes específicos para contratar)**

\_\_\_\_\_  
**Sul América Seguro Saúde S.A.**

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Nome:

CPF:

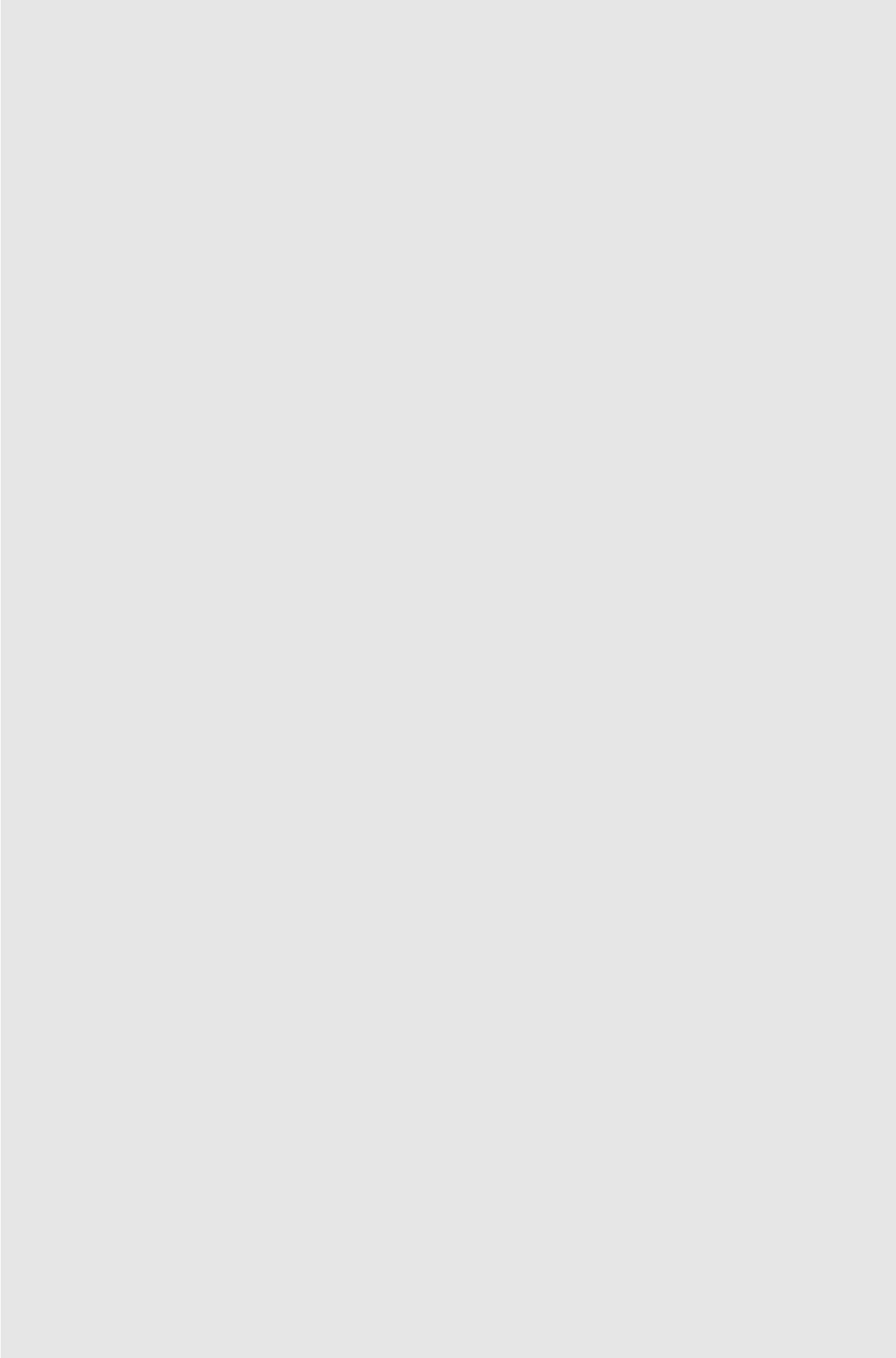
RG:

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Nome:

CPF:

RG:



**SulAmérica Odontológico  
Coletivo Empresarial**

**SulAmérica Odontológico  
Empresarial  
Condições Particulares**

**ANS - nº 000043**



**Índice****Condições Particulares do Contrato de Seguro Odontológico  
Coletivo Empresarial****Produto  
SulAmérica Odontológico**

<b>• Condições Particulares .....</b>	<b>1</b>
1 – Cobertura Adicional .....	1
2 – Coberturas Opcionais .....	3
3 – Carência .....	4
4 – Contratação do Seguro .....	4
5 – Documentos exigidos para nova inclusão .....	6
6 – Comprovação dos Vínculos entre Empresas, Segurados e Dependentes Financeiros .....	7
7 – Formas de Inclusão e Exclusão .....	8
8 – Transferência da Plano .....	9
9 – Auditoria Clínica .....	9
10 – Extensão de Cobertura Assistencial .....	9
11 – Disposições Finais .....	10
<b>• Cláusula Adicional</b>	
Assistência 24 Horas	



Sul América Seguro Saúde S.A.  
Registro na ANS nº 000043

Apólice

Estas Condições Particulares integram as Condições Gerais do Seguro Odontológico Coletivo Empresarial entregues ao Estipulante abaixo assinalado, e possuem o número da apólice acima identificado.

Estipulante

### **Condições Particulares do Contrato de Seguro Odontológico Coletivo Empresarial**

Ficam acrescidas às Condições Gerais do Contrato de Seguro Odontológico Coletivo Empresarial os itens descritos a seguir:

#### **1. Cobertura Adicional**

##### **1.1 Procedimentos Odontológicos**

O Seguro SulAmérica Odontológico, garante as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de acordo com a Sementação Odontológica e suas atualizações instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além das adicionais relacionadas a seguir:

##### **1.1.1 Cirurgia**

- **Cirurgia de tuberosidade do maxilar**
- **Cirurgia e curetagem de focos residuais**
- **Enucleação de cisto dental**
- **Excisão de hiperplasia**
- **Excisão de hiperplasia em palato**
- **Excisão de tecido sem suporte no rebordo alveolar**
- **Marsupialização de cisto dental**
- **Reconstrução do sulco gengivo-labial**
- **Remoção de corpo estranho em tecido mole**
- **Remoção de corpo estranho em tecido ósseo**
- **Remoção de raiz residual no interior do seio maxilar**
- **Tracionamento cirúrgico de dente incluso**

##### **1.1.2 Consulta**

- **Consulta de acompanhamento estomatologia**
- **Consulta de avaliação de DTM**

**1.1.3 Dentística**

- Coroa de aço com mantenedor de espaço
- Parafusos ou pinos retentores

**1.1.4 Endodontia**

- Clareamento de dente anterior desvitalizado
- Preparo para núcleo intrarradicular
- Reconstrução de parede coronária para isolamento

**1.1.5 Periodontia**

- Cirurgia de defeito ósseo - dente
- Cirurgia de defeito ósseo - hemiarco
- Cirurgia de defeito ósseo - sextante
- Condicionamento pré cirúrgico - preparo inicial
- Enxerto gengival livre
- Enxerto pediculado
- Manutenção de cirurgia óssea
- Manutenção de tratamento não cirúrgico de periodontite avançada
- Modelos de estudo e montagem em articulador
- Pacote de fisioterapia DTM - 5 sessões
- Placa de DTM
- Placa miorreaxante
- Sepultamento radicular
- Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada - dente
- Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada - hemiarco
- Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada - sextante
- Troca do curativo pós cirúrgico

**1.1.6 Prevenção**

- Arco lingual ou botão de Nance
- Desgaste interproximal
- Mantenedor de espaço fixo
- Mantenedor de espaço removível
- Pistas planas

**1.1.7 Urgência**

- Remoção de corpo estranho

**1.2 Reembolso**

Será garantido aos Segurados do SulAmérica Odontológico, planos Básico, Especial, Executivo e Máximo, o reembolso das despesas odontológicas cobertas realizadas no exterior de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Odontológico - TSO.

- 1.2.1** O reembolso das despesas odontológicas, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado. Os prazos máximos para apresentação dos pedidos de reembolso serão de 2 (dois) anos após a realização dos eventos cobertos fora do território nacional.
- 1.2.2** O valor correspondente à Coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular, conforme disposições constantes das Condições Gerais de Seguro Odontológico Coletivo Empresarial.

## **2. Coberturas Opcionais**

- 2.1** O Seguro SulAmérica Odontológico oferece três coberturas opcionais, as quais o Estipulante poderá optar no momento da contratação por uma ou mais quando do preenchimento da proposta de seguro. As coberturas definidas pelo Estipulante, serão oferecidas a todo o Grupo Segurável, e a opção será facultativa pelo Segurado Titular.

**A cobertura definida pelo Segurado Titular, será sempre a mesma dos dependentes.**

### **2.2 As coberturas opcionais são:**

#### **2.2.1 Ortodontia**

Ortodontia corretiva;  
Ortopedia funcional bimaxilar;  
Material auxiliar de diagnóstico ortodôntico (documentação ortodôntica);  
Manutenções mensais.

#### **2.2.2 Prótese**

Coroas Unitárias;  
Próteses parciais (fixas e/ou removíveis);  
Próteses totais;  
Reparos protéticos.

#### **2.2.3 Implante**

Guia cirúrgico  
Parafuso do implante  
Cicatrizador  
Enxerto ósseo

- 2.3** Caso o Segurado Titular não tenha feito a opção de coberturas opcionais no momento da adesão, poderá optar somente uma vez, a cada período de 12 (doze) meses contados do início da vigência da presente apólice, e desde que o Estipulante solicite formalmente com 30 (trinta) dias de antecedência.

**2.4 As coberturas opcionais contratadas pelo Estipulante e aderidas pelo Segurado Titular, não poderão ser alteradas bem como excluídas, após a vigência do seguro.**

### **3 Carência**

**3.1 A carência somente será aplicada aos segurados elegíveis para esta condição.**

**3.2 As coberturas adicionais garantidas neste contrato de seguro, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos de carência, contados a partir da vigência do Segurado.**

#### **3.2.1 Grupos de Carência**

##### **a) Grupo de carência 3**

**180 (cento e oitenta) dias para ortodontia, prótese e implante.**

### **4. Contratação do Seguro**

Este seguro é destinado a Grupos Segurados a partir de 50 (cinquenta) vidas, que poderão ser compostos pelas categorias descritas nas condições gerais deste contrato de seguro.

**4.1 O seguro somente entrará em vigor se a contratação do Grupo Segurável, respeitar os critérios definidos a seguir.**

**4.2 A contratação mínima deverá ser de 30% (trinta por cento) do Grupo Segurável respeitando o mínimo de 50 (cinquenta) vidas.**

**4.3 Mesmo que o índice mínimo de contratação tenha sido atingido, o seguro não entrará em vigor se a Seguradora identificar variação de 20% (vinte por cento) na quantidade de vidas entre o Grupo Segurável informado por ocasião do estudo e o efetivo Grupo Segurado. Nestes casos, a Seguradora poderá recusar-se a aceitar o seguro ou elaborar novo estudo para aprovação do Estipulante.**

**4.4 Ao Estipulante cabe fornecer à Seguradora, quando da contratação do seguro e periodicamente, lista com eventuais funcionários afastados das atividades regulares de trabalho e os motivos do afastamento.**

**4.5 Não será aceita a inclusão de Proponente que não faça parte do Grupo Segurável definido nesta Proposta de Seguro.**

**4.6 Os Segurados incluídos na ocasião da implantação terão como data de início de vigência a mesma data do início da vigência do seguro do Estipulante.**

**4.7 O Estipulante assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas na proposta de seguro e cartões proposta do Grupo Segurado, ciente do que dispõe o Código Civil Brasileiro, (artigo 766 e § único):**

**“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 prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.**

**4.8** O Estipulante será responsável por prestar informações referentes a seus Subestipulantes, que eventualmente venham aderir ao seguro, os quais tornar-se-ão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

**4.9 Na contratação do seguro serão exigidos os seguintes documentos:**

- Proposta de seguro do estipulante, devidamente assinada pelo representante da empresa sob carimbo;
- Contrato Social devidamente registrado no órgão competente;
- Ficha de compensação quitada;
- Proposta de seguro do Estipulante e Subestipulante, se houver;
- Termo de Aceitação e Responsabilidade sobre a Movimentação Eletrônica de Cadastro, se houver;
- Proposta Comercial, devidamente assinada, sob carimbo, pelo representante da empresa mediante procuração;
- Carta original em papel timbrado de nomeação de corretor assinada, sob carimbo, pelo representante da empresa mediante procuração;
- Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa e pelo Proponente, ou arquivo magnético em linguagem txt cujo layout é fornecido pela Seguradora;
- Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- Cópia do Contrato Social que contenha cláusula de Administrador;
- Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, mediante procuração, e pela Instituição de ensino sob carimbo;
- Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, sob carimbo da empresa e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- Outros documentos que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre segurado e dependentes.

**4.10** A Seguradora exigirá, a qualquer tempo, cópias autenticadas em cartório de documentos oficiais aceitos pela Receita Federal e demais órgãos públicos que comprovem o vínculo com o Estipulante ou a relação de dependência com o Segurado Titular, conforme segue:

**a) Para Sociedade Empresária:** Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Empresária atualizado e arquivado na Junta Comercial;

**Para Sociedade Simples:** Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Simples atualizado e arquivado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;

**b)** Relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;

**c)** Registro de Empregado em papel timbrado, Certidão de Nascimento, Casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou Guarda Judicial, passaporte (expatriados), Diário Oficial e outros documentos que a Seguradora julgar necessário.

**4.11** A emissão da apólice de seguro será feita em até 15 (quinze) dias da data do protocolo da Proposta de seguro e dos Cartões Proposta na Seguradora.

**4.11.1** A proposta de seguro com preenchimento incorreto ou documentos incompletos serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização.

**4.11.2** Ultrapassado o prazo para regularização, a Seguradora iniciará a partir do último protocolo novo prazo de 15 (quinze) dias para emissão da apólice, considerando nova data para início de vigência do seguro.

## **5. Documentos exigidos para nova inclusão**

**5.1** A empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no seguro, os seguintes documentos:

**a)** Formulário fornecido pela Seguradora, denominado cartão proposta, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da Empresa;

**b)** Cópia de documentos que comprovem o vínculo mantido com o Estipulante, conforme segue:

- **Para Sociedade Empresária:** Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Empresária atualizado e arquivado na Junta Comercial;

- **Para Sociedade Simples:** Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Simples atualizado e arquivado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;

**c)** Relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;

- d) Cópia do Contrato Social que contenha cláusula de Administrador;
  - e) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, mediante procuração, e pela Instituição de ensino sob carimbo;
  - f) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa e/ou Registro de Emprego assinado pelo empregado e pelo empregador, sob carimbo da empresa e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
  - g) Cópia de documentos que comprovem oficialmente e financeiramente a relação de dependência com o Segurado Titular, ou seja: Certidão de Nascimento, Casamento, Escritura Declaratória de União Estável lavrada em Tabelionato, Tutela ou Guarda Judicial. e outros documentos que a seguradora julgar necessários.
- 5.2 Os cartões proposta preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas nesta proposta de seguro, serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Seguradora.**

- 5.3 Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos cartões proposta a Seguradora iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão.**

## **6. Comprovação dos Vínculos entre Empresa, Segurados e Dependentes Financeiros**

Para preservar a integridade do resultado da apólice e validação do Grupo Segurável previsto em contrato, a Seguradora poderá solicitar a qualquer momento após a implantação da apólice, os documentos atualizados citados no item Contratação do Seguro que comprovem a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do seguro.

- 6.1 Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir.**
- 6.1.1** O Estipulante da apólice será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e autorizações prévias ocorridas durante o período de vigência deste seguro, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.
  - 6.1.2** A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do segurado para o último dia do mês da ocorrência desta constatação.

## 7. Formas de Inclusão e Exclusão

### 7.1 Formas de Inclusão

#### 7.1.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro da inclusão no MECSAS e através das informações fornecidas será definido de forma automática o início de vigência. No ato da inclusão, o aplicativo/sistema, indicará a necessidade do envio de documentos a Seguradora para liberação da inclusão, quando necessário.

#### 7.1.2 Manual

A empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no seguro, os seguintes documentos:

- a) Formulário fornecido pela Seguradora, denominado cartão proposta, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da Empresa;
- b) Cópia de documentos que comprovem o vínculo com o Estipulante, conforme segue:

**Para Sociedade Empresária :** Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Empresária atualizado e arquivado na Junta Comercial;

**Para Sociedade Simples:** Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Simples atualizado e arquivado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas.

- c) Relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço-FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- d) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, mediante procuração, e pela Instituição de Ensino sob carimbo;
- e) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, sob carimbo da empresa e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- f) Cópia de documentos que comprovem oficialmente e financeiramente a relação de dependência com o segurado titular, ou seja: certidão de nascimento, casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial.

**7.1.3** Os cartões proposta preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas nesta proposta de seguro, serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Seguradora.

**7.1.4** Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos cartões proposta a Seguradora iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão.

## 7.2 Formas de Exclusão

### 7.2.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro da exclusão no MECSAS e através das informações fornecidas será definida de forma automática, o fim de vigência.

### 7.2.2 Manual

**A Empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da exclusão do Segurado, o formulário fornecido pela Seguradora, denominado cadastro de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa.**

## 8. Transferência de Plano

**8.1** A transferência de um ou mais segurados para o plano imediatamente superior poderá ocorrer na data de aniversário da apólice, quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência de 30 (trinta) dias.

**8.2** Caso o Estipulante tenha estabelecido no momento da contratação planos específicos para cada categoria funcional, a transferência também poderá ocorrer quando houver promoção de categoria funcional comprovada através do Registro de Empregados. Esta transferência deverá ser solicitada à Seguradora, pelo Estipulante, em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda a condição dos demais Segurados de igual cargo ou função.

**8.3 Não será permitida a transferência de Segurado para plano inferior.**

## 9. Auditoria Clínica

Consiste em uma verificação clínica, por um dentista qualificado e indicado pela Seguradora, dos tratamentos propostos ou executados por profissional habilitado.

A Seguradora reserva-se o direito de solicitar auditoria clínica a qualquer tempo.

## 10. Extensão de cobertura assistencial

**10.1** O Estipulante deverá comunicar por escrito à Seguradora, em até 30 (trinta) dias após o desligamento, a opção do Segurado pela extensão de cobertura assistencial, conforme já descrito nas Condições Gerais, deste Seguro, apresentando os seguintes documentos:

- a) Carta modelo padrão definida pela Seguradora, devidamente assinada pelo Estipulante e ex-funcionário demitido.
- b) Se demitido, cópia da rescisão contratual;
- c) Se aposentado, cópia da rescisão contratual e concessão de aposentadoria.

**11. Disposições Finais**

**11.1** O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Odontológico nos casos de desligamento dos Segurados ou após o cancelamento do Seguro.

**11.2** O Estipulante será responsável pelo pagamento das despesas odontológicas efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do Seguro, corrigidos pelo IGPM acumulado.

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Estipulante**  
**Nome e Assinatura do Representante Legal**  
**(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procuração Registrada em Cartório,**  
**com poderes específicos para contratar)**

---

**Sul América Seguro Saúde S.A.**

---

Testemunha

Nome:  
CPF:  
RG:

---

Testemunha

Nome:  
CPF:  
RG:

**Sul América Seguro Saúde S.A.**  
**Registro na ANS nº 000043**

## **Cláusula Adicional de Assistência 24 Horas**

### **SulAmérica Odontológico**

#### **1. Assistência 24 Horas**

O SulAmérica Odontológico coloca à disposição de seus Segurados, residentes e domiciliados no Brasil, no caso de doenças súbitas ou acidentes graves ocorridos fora do município de seu domicílio, e que impeçam sua locomoção, os serviços da Assistência 24 Horas descritos a seguir.

Os serviços da Assistência 24 Horas deverão ser, obrigatoriamente, solicitados à Central de Serviços SulAmérica Odontológico, não cabendo em nenhuma hipótese, a utilização do sistema de livre escolha.

#### **1.1 Serviços prestados no Brasil, para todos os planos de seguro disponíveis, e no Exterior somente para os Segurados do plano Executivo e Máximo.**

##### **a) Remoção do Segurado**

Se caso de doença súbita ou acidente, após os primeiros socorros terem sido prestados, for verificada a necessidade de remoção para hospital melhor equipado ou, após alta médica para residência do segurado, a Assistência 24 Horas organizará os contatos entre sua equipe médica e o estabelecimento hospitalar em que o Segurado estiver para realizar a remoção.

**Nenhum outro motivo, que não o da estrita necessidade médica poderá determinar a remoção do Segurado, bem como a escolha do meio de transporte. A remoção terá início após o recebimento da liberação formal e por escrito do médico responsável ou do serviço hospitalar do local onde o Segurado estiver hospitalizado.**

Se a decisão médica for remover o Segurado para hospital melhor equipado, a Assistência 24 Horas contratará e assumirá as despesas com o traslado até o **estabelecimento de saúde mais próximo**, com infra-estrutura adequada, cabendo ao familiar ou a quem solicitar o serviço, a reserva e a confirmação da disponibilidade de vaga no hospital de destino.

A remoção do Segurado será realizada com início a partir do estabelecimento hospitalar que prestou os primeiros socorros. O trajeto até o hospital de destino, não poderá ser superior à distância entre o local do acidente e o município de residência do Segurado Titular.

**As despesas médicas de hospitalização, diagnose, terapia e medicamentos, correrão por conta do Segurado.**

**b) Retorno de acompanhantes**

Caso o(s) acompanhante(s) do Segurado fique(m) impossibilitado(s) de retornar ao(s) seu(s) domicílio(s), pelo meio de transporte inicialmente utilizado pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará e custeará o transporte para o retorno. Fica a critério da Assistência 24 Horas a escolha do transporte para este retorno, podendo ser de táxi, ônibus ou avião de linha regular.

**c) Acompanhante em caso de hospitalização do Segurado, por período superior a 5 (cinco) dias.**

Caso o Segurado fique hospitalizado por doença súbita ou acidente, por período superior a 5 (cinco) dias e encontre-se sozinho, vindo a necessitar de acompanhante, será fornecido transporte de ida e volta, por meio à escolha da Assistência 24 Horas, para que uma pessoa indicada pelo Segurado, que resida e se encontre no Brasil, esteja presente durante o período de hospitalização.

O percurso coberto pela passagem não poderá ser superior à distância entre o domicílio do Segurado e o local em que ocorreu o evento.

**d) Hospedagem do Acompanhante.**

Se, em caso de doença súbita ou acidente, o Segurado for hospitalizado por período superior a 5 (cinco) dias e fizer jus ao serviço de Acompanhante, conforme item "c", anterior, a Assistência 24 Horas assumirá os gastos com a hospedagem desse acompanhante por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis, iniciando após o 5º (quinto) dia de hospitalização do assistido.

**O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária em quarto Standart, com café da manhã, não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, refeições, estacionamento, etc.) obedecendo ao limite máximo de R\$ 100 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.**

**e) Prolongamento da Estada**

Se, em caso de doença súbita ou acidente, e imediatamente após a alta hospitalar, for recomendada a permanência do Segurado na cidade de hospitalização, por razões estritamente médicas, motivando alteração da data de retorno de sua viagem, a Assistência 24 Horas providenciará hospedagem por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis. A recomendação deverá ser justificada através de relatório do médico responsável e confirmada pela equipe médica da Assistência 24 Horas.

**O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária em quarto Standart, com café da manhã, não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, adaptações nos cômodos, equipamento de home care, refeições, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.**

**f) Remoção em caso de falecimento do Segurado**

Se em virtude de doença ou acidente, o Segurado vier a falecer, a Assistência 24 Horas arcará com as despesas do traslado do corpo até a cidade de seu domicílio, estando incluído na remoção o fornecimento de urna simples, apropriada para o traslado.

**O percurso de remoção não deverá ser superior à distância entre o local do evento e o município do domicílio do Segurado.**

**g) Retorno antecipado do Segurado ao seu domicílio**

A Assistência 24 Horas fornecerá passagem de avião de linha regular, em classe econômica, ou qualquer outro meio de transporte mais adequado, para que o Segurado retorne ao seu domicílio, caso tenha que interromper sua viagem, em razão de morte súbita do seu cônjuge, filhos, pais ou irmãos.

**h) Bagagem**

Se a bagagem do Segurado extraviar-se, durante o período em que estiver sob a responsabilidade da empresa de aviação, a Assistência 24 Horas não poupará esforços visando a sua recuperação.

Este serviço não prevê o pagamento de indenizações ou qualquer ressarcimento pela perda da bagagem ou seu conteúdo.

**i) Motorista substituto (exclusivo no Brasil)**

Caso o Segurado fique impossibilitado de dirigir em razão de doença súbita ou acidente pessoal, segundo recomendação médica, e não haja acompanhante que possa fazê-lo, a Assistência 24 Horas providenciará um motorista para conduzir o veículo ao seu domicílio.

**Esse serviço será prestado exclusivamente no Território Nacional, inclusive para os Segurados dos planos Executivo e Máximo e somente se o veículo do Segurado estiver em condições de trafegar, conforme exigências das normas oficiais de trânsito.**

Correrão por conta da Assistência 24 Horas apenas a remuneração do motorista e suas respectivas despesas de alimentação e hospedagem, se necessário.

OBS: Este serviço não está previsto para veículos de carga, táxis, vans, pick-up, utilitários, ônibus, motos e veículos adaptados para deficientes.

**j) Reembolso de tarifa por Passagem Perdida**

Se, em caso de doença súbita ou acidente em viagem e por razões estritamente médicas, o Segurado for obrigado a alterar a data de retorno de sua viagem, possuindo bilhete aéreo com data ou limitação de regresso, a Assistência 24 Horas reembolsará as despesas referentes à diferença de tarifa.

**O reembolso será efetuado ao Segurado, mediante comprovante de pagamento à empresa aérea e apresentação de laudo médico comprovando a impossibilidade de embarque na data prevista anteriormente.**

## **1.2 Serviços prestados exclusivamente aos Segurados do plano Executivo e Máximo.**

### **a) Retorno do Exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos**

Em caso de falecimento ou hospitalização do Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do Segurado, menores de 14 anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

### **b) Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no Exterior**

Se o Segurado precisar efetuar despesas médicas ou hospitalares, superiores a US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos), durante viagem ao Exterior, a Assistência 24 Horas adiantará o respectivo valor, até o limite de US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte-americanos).

**O Segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.**

**O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.**

### **c) Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal**

Se o Segurado, em caso de procedimento policial ou judicial iniciado no Exterior, decorrente de acidente de trânsito, for obrigado a prestar fiança ou caução penal para gozar de liberdade provisória, a Assistência 24 Horas adiantará o valor da fiança ou da caução penal, até US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte-americanos), desde que as despesas ultrapassem US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos).

**O Segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.**

**O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.**

### **d) Orientação em Caso de Perda de Documentos**

Se o Segurado Titular, durante viagem pelo exterior, perder seus documentos, a Assistência 24 Horas o orientará sobre as providências a serem tomadas, fornecendo endereços, telefones e outras informações necessárias.

## **1.3 Delimitação dos Serviços Prestados**

**a) Os transportes, remoções e viagens fornecidos não compreenderão distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado o pedido de assistência.**

**b) O serviço de retorno ao domicílio após alta hospitalar só será fornecido até 30 (trinta) dias após a alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do médico ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do assistido.**

#### 1.4 Exclusões dos Serviços da Assistência 24 Horas

Os serviços da Assistência 24 Horas, anteriormente descritos, não serão prestados nos seguintes casos:

- a) Se a viagem tiver duração superior a 60 (sessenta) dias consecutivos; será obrigação do segurado comprovar a data da saída de seu domicílio se assim solicitado pela Assistência 24 Horas.
- b) Em razão de gravidez, salvo complicações imprevisíveis, e em qualquer caso, após 20 semanas de gestação (confirmado pelo exame Ultrassonográfico);
- c) Serviço de retorno ao domicílio após 30 (trinta) da alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do Médico Assistente ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do Segurado;
- d) Em virtude de convalescença e/ou infecção em curso de tratamentos não terminados;
- e) Recaída de doença anteriormente contraída, que comportava riscos de agravamento ou Segurados em curso de doença ativa, manifestada antes do início da viagem;
- f) Suicídio, tentativa de suicídio, duelo, rixa, alcoolismo, uso de tóxicos ou drogas não prescritas por médicos, bem como ato doloso praticado pelo Segurado;
- g) Alpinismo com escalada, caça a animais perigosos, uso de armas de fogo, pesca submarina, esportes perigosos, espeleologia, competição esportiva ou treino preparatório com veículos aéreos, terrestres e aquáticos;
- h) Não prestaremos atendimentos em países ou localidades em estado de guerra ou instabilidade política notória, guerra civil ou estrangeira, tumulto ou movimentos populares, greves, atos de terrorismo ou sabotagem, manifestações de radioatividade, bem como casos fortuitos ou de força maior;
- i) Viagens ou hospitalização para tratamento estético. Fica também excluída assistência para qualquer tipo de complicação, prevista ou não, resultante de exames realizados pelo segurado em viagem, salvo se em consequência de doença súbita ou acidente.
- j) Viagem contra-indicada em razão do estado de conservação das vias e/ou dos meios de transporte, excesso de passageiros ou viagem para locais de difícil acesso e sem infra-estrutura;
- k) Transportes, remoções e viagens com distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado a solicitação do serviço.
- l) Viagens para fins de tratamento médico (consulta médicas, hospitalização, exames complementares, fisioterapia e etc). Fica também excluída assistência para qualquer tipo de complicação, prevista ou não, resultante de exames realizados pelo segurado em viagem, salvo se em consequência de doença súbita ou acidente.

**1.5 Responsabilidades**

A Seguradora não se responsabilizará por serviços que não foram solicitados, ou que não tenham sido por ela prévia e expressamente autorizados, não respondendo, em hipótese nenhuma, por indenizações ou prejuízos que o terceiro contratado, diretamente, possa causar ao Segurado, seja a que título for.

**2. Disposições Finais**

Permanecem válidas todas as cláusulas e itens constantes da Apólice de Seguro de Assistência Odontológica, desde que não sejam conflitantes com o disposto nesta Cláusula Adicional.

A presente cláusula entrará em vigor a partir do início de vigência da apólice de seguro de assistência odontológica.

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**Estipulante**  
**Nome e Assinatura do Representante Legal**  
**(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa / Procuração Registrada em Cartório,**  
**com poderes específicos para contratar)**

\_\_\_\_\_

**Sul América Seguro Saúde S.A.**

\_\_\_\_\_

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

\_\_\_\_\_

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Sul América Seguro Saúde S.A.  
Registro na ANS nº 000043

Apólice

## Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as movimentações disponíveis no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos.
  - a) Inclusões;
  - b) Exclusões;
  - c) Alteração de Sexo;
  - d) Alteração de Nome;
  - e) Alteração de Data de Nascimento;
  - f) Transferência para Condição de Remido;
  - g) Alteração de Dados Cadastrais;
  - h) Alteração de Dados Bancários;
  - i) Alteração de Plano;
  - j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado;
  - k) Transferência de Empresas;
  - l) Reabertura de Matrícula.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à Seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico–financeiro da apólice.
5. Após o preenchimento dos dados dos beneficiários (titulares e/ou dependentes) é de única e total responsabilidade da Contratante, ou a Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos que foram remetidos para processamento pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada diariamente pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos eventualmente devidos em relação à operação não processada.
6. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 3003-6596 (Capitais e áreas metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões) dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
7. O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, devendo, ainda, e fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo Segurado. Os documentos acima poderão ser solicitados pela Seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da Seguradora.
8. A ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa 204 de 02 de outubro de 2009, determina que a partir de 03/11/2009, os segurados elegíveis previstos contratualmente devem estar de acordo com o que determina os art. 5 e 9 da RN 195. Não sendo, portanto, permitido a inclusão de segurados que não preencham os requisitos de elegibilidade previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis nos termos da referida norma e do contrato, serão automaticamente excluídos e a utilização da ferramenta será temporariamente bloqueada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada após a devida regularização do processo.

9. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
10. Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
11. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 18 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
  - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única Empresa do Grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
  - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do Grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi-usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
  - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
  - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
  - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora.
13. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
14. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
15. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exige a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

**16.** A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

**17.** A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:

| | Contratante                      | | Corretora

**18.** As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:

| | Agrupada                      | | Desagrupada

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Contratante**  
**Assinatura e Carimbo**

---

**Corretora**  
**Assinatura e Carimbo**

Sul América Seguro Saúde S.A.  
Registro na ANS nº 000043

Apólice

## Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as movimentações disponíveis no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos.
  - a) Inclusões;
  - b) Exclusões;
  - c) Alteração de Sexo;
  - d) Alteração de Nome;
  - e) Alteração de Data de Nascimento;
  - f) Transferência para Condição de Remido;
  - g) Alteração de Dados Cadastrais;
  - h) Alteração de Dados Bancários;
  - i) Alteração de Plano;
  - j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado;
  - k) Transferência de Empresas;
  - l) Reabertura de Matrícula.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à Seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro da apólice.
5. Após o preenchimento dos dados dos beneficiários (titulares e/ou dependentes) é de única e total responsabilidade da Contratante, ou a Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos que foram remetidos para processamento pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada diariamente pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos eventualmente devidos em relação à operação não processada.
6. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 3003-6596 (Capitais e áreas metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões) dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
7. O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, devendo, ainda, e fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo Segurado. Os documentos acima poderão ser solicitados pela Seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da Seguradora.
8. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa 204 de 02 de outubro de 2009, determina que a partir de 03/11/2009, os segurados elegíveis previstos contratualmente devem estar de acordo com o que determina os art. 5 e 9 da RN 195. Não sendo, portanto, permitido a inclusão de segurados que não preencham os requisitos de elegibilidade previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis nos termos da referida norma e do contrato, serão automaticamente excluídos e a utilização da ferramenta será temporariamente bloqueada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada após a devida regularização do processo.

9. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
10. Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
11. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 18 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
  - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única Empresa do Grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
  - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do Grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi-usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
  - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
  - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
  - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora.
13. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
14. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
15. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

**16.** A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

**17.** A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:

| | Contratante                      | | Corretora

**18.** As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:

| | Agrupada                      | | Desagrupada

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Contratante**  
**Assinatura e Carimbo**

---

**Corretora**  
**Assinatura e Carimbo**

Sul América Seguro Saúde S.A.  
Registro na ANS nº 000043

Apólice

## Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as movimentações disponíveis no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos.
  - a) Inclusões;
  - b) Exclusões;
  - c) Alteração de Sexo;
  - d) Alteração de Nome;
  - e) Alteração de Data de Nascimento;
  - f) Transferência para Condição de Remido;
  - g) Alteração de Dados Cadastrais;
  - h) Alteração de Dados Bancários;
  - i) Alteração de Plano;
  - j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado;
  - k) Transferência de Empresas;
  - l) Reabertura de Matrícula.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à Seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico–financeiro da apólice.
5. Após o preenchimento dos dados dos beneficiários (titulares e/ou dependentes) é de única e total responsabilidade da Contratante, ou a Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos que foram remetidos para processamento pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada diariamente pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos eventualmente devidos em relação à operação não processada.
6. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 3003-6596 (Capitais e áreas metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões) dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
7. O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, devendo, ainda, e fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo Segurado. Os documentos acima poderão ser solicitados pela Seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da Seguradora.
8. A ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa 204 de 02 de outubro de 2009, determina que a partir de 03/11/2009, os segurados elegíveis previstos contratualmente devem estar de acordo com o que determina os art. 5 e 9 da RN 195. Não sendo, portanto, permitido a inclusão de segurados que não preencham os requisitos de elegibilidade previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis nos termos da referida norma e do contrato, serão automaticamente excluídos e a utilização da ferramenta será temporariamente bloqueada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada após a devida regularização do processo.

9. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
10. Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
11. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 18 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
  - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única Empresa do Grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
  - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do Grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi-usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
  - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
  - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
  - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora.
13. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
14. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
15. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exige a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

**16.** A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

**17.** A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:

| | Contratante                      | | Corretora

**18.** As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:

| | Agrupada                      | | Desagrupada

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Contratante**  
**Assinatura e Carimbo**

---

**Corretora**  
**Assinatura e Carimbo**