

Prezado cliente,

Bem-vindo ao Odonto Eskala.

Disponibilizamos diversas opções de contato para atender você com o máximo de qualidade.



SAC Odonto Eskala

(11) 4861.2434 | (21) 3172.9500

Demais localidades: 3003.9420



WhatsApp

(11) 4861.2434



Carteirinha Digital Odonto Eskala

App Odonto Eskala já se encontra disponível no:



Rede Credenciada de Dentistas e Clínicas

No site Odonto Eskala | No App Odonto Eskala



SOS Odonto 24h – Tele Urgência Odontológica

0800 748 7848

Atenção! Esse telefone é exclusivo para dor de dente.



Site Odonto Eskala

www.sempreodonto.com.br/odontoeskala

Aqui você encontra tudo sobre o seu plano odontológico.



Chat Odonto Eskala

www.sempreodonto.com.br

Mais uma opção para você estar sempre em contato.



Você está concorrendo

a 4 sorteios mensais de R\$2.500,00.

RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA DE MENSALIDADE NO ESKALA CARTÃO

1. CONTRATADA: A Sempre Odonto Planos Odontológicos Ltda., CNPJ 04.222.235/0001-89, registro ANS nº 41465-4, assegurará através do presente contrato a prestação de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde Individual Familiar, na modalidade Assistência Odontológica, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, abrangendo cobertura de serviços de Assistência Odontológica, editado pela ANS, vigente na data da contratação, através da cobertura, pela Contratada, das despesas assistenciais com atendimentos odontológicos discriminados no Plano **Odonto Eskala**, realizados pela Rede Credenciada diretamente aos Usuários regularmente inscritos na forma e condições deste instrumento.
2. CONTRATANTE: O Usuário Titular e seus dependentes, se inscritos, limitados a 4 (quatro) dependentes. Cada dependente inscrito pagará mensalmente pelo plano em fatura cobrada do titular.

3 PERÍODOS DE CARÊNCIAS

Para ter direito as coberturas e procedimentos garantidos no presente contrato, os Usuários deverão cumprir os seguintes períodos de carência, que serão contados a partir da adesão ao plano:

Urgências e Emergências	24 horas
Consultas, Radiologia Simples (em consultório), Prevenção, Cirurgia, Endodontia, Periodontia, Dentística (obturações) e Radiologia Especial (panorâmica e levantamento radiográfico)	90 dias
Prótese (bloco em metal e coroa em resina entre os caninos)	180 dias

4 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É garantida pela Contratada a cobertura dos atendimentos nos casos de urgência e de emergência, decorrentes de odontalgias e hemorragias, incluindo: **a)** Curativo em caso de hemorragia bucal; **b)** Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; **c)** Imobilização dentária temporária; **d)** Recimentação de peça protética; **e)** Tratamento de alveolite; **f)** Colagem de fragmentos; **g)** Incisão e drenagem de abscesso extraoral e intraoral; **h)** Reimplante de dente avulsionado; **d)** Demais procedimentos de urgência/emergência dispostos no rol ANS de procedimentos vigente.

A condição de urgência/emergência deverá ser atestada pelo dentista prestador do serviço, após análise preliminar e inicial. Situações não emergenciais deverão respeitar os prazos de carência e o agendamento prévio.

1. **SOS ODONTO 24H** - O Serviço 0800 de Urgência Odontológica 24h conta com dentistas de plantão para fornecer as primeiras orientações ao cliente em caso de dor de dente. A assistência será prestada através do telefone 0800 748 7848. O serviço é exclusivo aos Usuários cadastrados e não pode ser transferido. A assistência estará disponível durante a vigência do contrato.

5 CARTEIRINHA DO PLANO

O Usuário terá acesso a sua carteirinha digital do plano e de seus dependentes no site www.sempreodonto.com.br/odontoeskala ou no aplicativo. A utilização do plano odontológico não depende da carteirinha, bastando apresentar um documento de identificação com foto.

6 REDE CREDENCIADA

O Usuário Titular declara ter ciência da Rede Credenciada disponível no site www.sempreodonto.com.br/odontoeskala, devendo a mesma ser consultada com frequência.

7 EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura do contrato: **a)** Eventos não previstos no rol de procedimentos odontológicos e procedimentos bucomaxilares e respectivas despesas hospitalares, vigentes à época do evento; **b)** Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório; **c)** Qualquer procedimento realizado antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como aquele que eventualmente for realizado após a rescisão do presente contrato; **d)** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; **e)** Procedimentos odontológicos para fins estéticos, bem como prótese (ex. dentaduras, próteses fixas e removíveis, entre outros) ou órteses para o mesmo fim; **f)** Medicamentos importados ou não, sem registro vigente na ANVISA; **g)** Fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar; **h)** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; **i)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pela autoridade competente; **j)** Consultas domiciliares, manutenção ortodôntica, documentação ortodôntica, implante.

Ortodontia

Cabe ao Usuário assumir o **PAGAMENTO DE TAXAS MENSAIS** pela manutenção de aparelho e documentação ortodôntica (radiografias e fotografias) necessárias ao planejamento e à confecção dos aparelhos, que deverá ser feito, mensal e diretamente, ao dentista. A primeira mensalidade é quitada na consulta que se realizar a moldagem e a modelagem para confecção do aparelho.

8 FRANQUIA

O plano contratado não está sujeito à franquia.

9 MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. Alguns procedimentos demandam autorização prévia da Operadora.
2. Para utilizar a Rede Credenciada, o Usuário deverá marcar a consulta com antecedência, exceto para casos de urgência.
3. O Usuário Titular e seus dependentes, se inscritos e em dia com a mensalidade, terão direito a descontos em medicamentos através do programa Convênio Farmácia, enquanto vigente. As regras do programa de descontos estarão descritas no site www.sempreodonto.com.br/odontoeskala.

10 VIGÊNCIA – DURAÇÃO DE CONTRATO

Vigência de 12 meses com renovação automática e prorrogação indeterminada. O contrato poderá ser rescindido a qualquer momento por parte do Contratante. Em caso de inadimplência, pelo período superior a 60 dias, o contrato será rescindido por parte da Contratada.

11 DO PREÇO MENSAL E REAJUSTE

O Usuário Titular declara estar ciente que o plano é cobrado **mensalmente**, por pessoa inscrita, de acordo com o número de vidas inscritas e que em havendo inclusão e/ou exclusão o valor da mensalidade variará para mais ou para menos respectivamente. Verifique a tabela vigente à época da inscrição para fins de cobrança. O reajuste é anual de acordo com a variação do índice IPCA.

12 SORTEIOS

O titular do plano estará concorrendo a 4 sorteios mensais no valor bruto de R\$2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) pela Loteria Federal, no último sábado do mês, a partir do 2º mês subsequente ao início de vigência do plano odontológico. O Usuário deve consultar seu número da sorte no site www.sempreodonto.com.br/odontoeskala em “Consulte o seu número da sorte”. O regulamento do sorteio/promoção comercial está disponível no site do produto www.sempreodonto.com.br/odontoeskala.

13 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O Usuário Titular consente neste ato que a Sempre Odonto utilize seus dados pessoais, exclusivamente, para a execução das atividades necessárias ao serviço contratado, incluindo a utilização dos dados por dentista atendente e desconto farmácia, utilizando-os apenas em caso de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito, por determinação judicial ou por requisição da ANPD. Os dados em hipótese alguma poderão ser compartilhados ou utilizados para outros fins.

A política completa de privacidade da Sempre Odonto encontra-se descrita no site www.sempreodonto.com.br/odontoeskala.

14 DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

O Usuário Titular declara plena ciência que as Condições Gerais completas, o Guia De Leitura Contratual, a Rede Credenciada, a Área de Abrangência e os valores de eventuais franquias estão disponíveis no site www.sempreodonto.com.br/odontoeskala.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento: (11) 4861.2434 | (21) 3172.9500 | Demais localidades: 3003.9420.

16 BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIOS

DATA DE NASCIMENTO

DATA DE ADESÃO

DADOS
VARIÁVEIS**AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA NO CARTÃO ESKALA**

Autorizo a cobrança da mensalidade do plano odontológico por pessoa inscrita, na fatura do meu CARTÃO ESKALA referente à minha adesão e de dependentes e agregados, se houver, ao plano odontológico.

Local: _____ Data: ___ / ___ / ____

Nome do Usuário Titular