

LEIA COM ATENÇÃO E QUALQUER DÚVIDA, ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL NALIN ODONTO PELOS TELEFONES 2272-6200 (CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS) OU 4002-3272 E 0800 095 6248 (DEMAIS REGIÕES).

1.1 - A **SEMPRE ODONTO** se compromete a prestar os serviços, de forma contínua, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Odontológica para o Usuário Titular, seus dependentes e agregados se inscritos, através de rede de dentistas credenciados em âmbito de todo o Estado do Rio de Janeiro.

1.2 - A cobertura contratual abrange o Estado do Rio de Janeiro e compreende todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente a época e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da OMS (CID 10), no que se refere à Saúde Bucal.

1.3 - O presente Contrato é de adesão bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

1.4 - São beneficiários deste Contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas, seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do Contrato, denominadas Beneficiários Dependentes, limitados a 4 (quatro) vidas.

1.5 - As adesões estarão sujeitas à **CARÊNCIA** de acordo com as especialidades abaixo:
Urgências e Emergências - 24 horas | Consultas - 15 dias | Radiologia em consultório - 30 dias | Prevenção - 60 dias | Endodontia, Cirurgia e Odontopediatria - 90 dias | Dentística e Radiologia em clínica especializada - 120 dias | Prótese - 180 dias.

1.6 - A utilização do plano está vinculada ao **PAGAMENTO DE FRANQUIA** nas especialidades de Dentística, Endodontia, Prótese e Radiologia Especial em valores fixos que equivalem aproximadamente a 30% do valor total na tabela da operadora, disponibilizada no site www.sempreodonto.com.br/nalinodonto/

1.7 - O Usuário Titular e seus dependentes, quando solicitados, comprometem-se a realizar exame radiológico complementar em clínicas especializadas, sem custo adicional, em rede indicada pela **SEMPRE ODONTO**, com objetivo de cuidar da qualidade dos serviços prestados. A não realização de exame radiológico complementar por ventura solicitado impedirá a continuação de tratamentos em curso, como também o início de novos tratamentos até que o exame solicitado seja realizado.

1.8 - Caberá 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 profissional assistente, sendo que a primeira mensalidade deverá ser quitada na consulta que se realizar a moldagem e modelagem para confecção do aparelho.

1.9 - Estão **EXCLUÍDOS DA COBERTURA** deste Contrato:

- Qualquer procedimento não previsto no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigentes à época do evento;
- Os procedimentos bucomaxilares constantes do rol de procedimentos e eventos odontológicos vigentes à época do evento e suas despesas hospitalares;
- As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório;
- 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;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos odontológicos para fins estéticos, bem como próteses ou órteses para o mesmo fim;
- Medicamentos, medicamento importado e não nacionalizado, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- Fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar;
- Casos de cataclismos, guerras e comições internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pela autoridade competente.

1.10 - O Usuário Titular e seus dependentes, se inscritos no plano e em dia com a mensalidade do plano odontológico, terão direito aos descontos em medicamentos através do programa **CONVÊNIO FARMÁCIA (DPSP)** enquanto vigente este programa. As regras do programa de descontos estão descritas no site www.sempreodonto.com.br e os descontos serão de 30% para Medicamentos Genéricos Tarjados | 15% para Medicamentos e Similares Tarjados | 15% para Medicamentos sem prescrição médica.

1.11 - Este Contrato terá vigência inicial de 1 (um) ano, com início a partir da assinatura do presente termo de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro. Após esse prazo, sem manifestação expressa em contrário, a renovação do contrato ocorrerá e por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

1.12 - Os **VALORES DEFINIDOS**, na presente data, para o Titular e seus dependentes estão validados de acordo com a tabela abaixo:
Titular R\$ 24,90 por mês | Titular mais 1 dependente R\$ 47,30 por mês | Titular mais 2 dependentes R\$ 67,40 por mês | Titular mais 3 dependentes R\$ 83,50 por mês | Titular mais 4 dependentes R\$ 96,00 por mês, de acordo com o item 1.13 a seguir relacionado.

1.13 - Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, a cada 12 (doze) meses a partir do início de vigência do plano, pelo índice autorizado pela Agência Reguladora ANS. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a 12 (doze) meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente Contrato. A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente e sem prévio aviso, o presente Contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

1.14 - O Usuário Titular tem conhecimento das condições de utilização, das restrições de coberturas, carências, franquias e demais cláusulas descritas neste Resumo e no Manual do Usuário, disponibilizado no site www.sempreodonto.com.br/nalinodonto/, e concorda integralmente com as mesmas.

1.15 - O Usuário Titular receberá a sua carteira do plano e de seus dependentes, se for o caso, em sua residência, mas também poderá obter a carteira online pelo site www.sempreodonto.com.br/nalinodonto/carteirinha.

1.16 - O Usuário Titular declara ter ciência da **REDE CREDENCIADA** disponibilizada pela operadora **SEMPRE ODONTO**, de acordo com a relação disposta no site www.sempreodonto.com.br/nalinodonto/consulta, devendo a mesma ser consultada com frequência. A operadora **SEMPRE ODONTO** não se obriga a ter credenciados de todas as especialidades em todos os Municípios do Estado.

1.17 - O Usuário Titular autoriza a cobrança mensal do Seguro Nalin Odonto na fatura do Cartão Nalin referente à mensalidade de sua titularidade e de seus dependentes, se inscritos, a favor da **SEMPRE ODONTO**, www.sempreodonto.com.br/nalinodonto/

1.18 - O Usuário Titular declara ter ciência de que dúvidas e reclamações relacionadas ao serviço ora contratado devem ser direcionadas à operadora **SEMPRE ODONTO**, através do site www.sempreodonto.com.br/nalinodonto/ ou pelos telefones: 2272-6200 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 4002-3272 e 0800 095 6248 (Demais Regiões).

1.19 - As condições completas do Contrato firmado entre a **SEMPRE ODONTO** e o Grupo Nalin estão à disposição dos Usuários no site www.sempreodonto.com.br/nalinodonto/.

Autorização para débito no Cartão Nalin.

Eu, _____, portador do Cartão

Nalin nº _____, autorizo a cobrança da mensalidade do plano odontológico Nalin Odonto, na fatura do Cartão Nalin referente à minha adesão e de meus dependentes, se houver, ao plano odontológico Nalin Odonto.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Titular do Cartão Nalin