

Contrato de Credenciamento

Este contrato, devidamente registrado no 9º Oficial de Registro de Títulos e Documentos na Capital de São Paulo, sob Nº 0975074 estabelece as normas entre as partes **Credenciante**: Dent Prev Assistência Odontológica S/S Ltda, situada a Rua Sete de Abril, 97,11º andar, Centro, São Paulo, SP, inscrita no CNPJ/MF sob o número: 02.909.359/0001-01, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob número: 416487 CRO-SP nº. 5004 e **Credenciado**, qualificado em documento anexo.

As partes declaram ter conhecimento de que todos os documentos anexos com identificação da **Credenciante** integram este contrato.

Este contrato tem por objeto determinar as normas e condições da prestação de serviço odontológico pelos **Credenciados** aos associados Dent Prev.

O **Credenciado** ao atender os associados Dent Prev deve estar atento às orientações das cláusulas abaixo descritas como também às normas de utilização da tabela Dent Prev.

I - Material de Atendimento

O **Credenciado** receberá via correio após o credenciamento, material de atendimento composto de Guia Odontológica Solicitação, Guia Odontológica Cobrança e Cartelas de RX Dent Prev.

No caso de utilização do material, o **Credenciado** deverá solicitar com antecedência através de nossa Central de Atendimento.

Atestados, receiptuários e guias de encaminhamento não serão fornecidos pela **Credenciante** ao **Credenciado**.

II - Identificação do Associado

Solicitar apresentação da Carteira Dent Prev juntamente com documento pessoal de identificação. A apresentação da carteira Dent Prev é obrigatória, pois nela estão inseridos os dados cadastrais do associado como também a descrição do plano contratado.

III – Coberturas dos Planos

Verificar no verso da carteira Dent Prev itens de co-participação (CP) e franquia (F), no plano contratado pelo associado.

Serviços Cobertos - quando diagnosticada a necessidade de execução de Serviços Cobertos (SC) nos associados, deverão ser preenchidos nas Guias como também realizados em primeiro lugar em ordem de preferência.

IV - Guias Odontológicas

O preenchimento deve ser adequado para agilizar o processo de liberação do tratamento proposto.

Preencher todos os campos em todas as vias e de forma legível, este preenchimento é de total responsabilidade do **Credenciado** e do associado, ambos serão responsáveis pela veracidade das informações contidas nas Guias.

Cada associado deve ter apenas uma Guia Odontológica de atendimento, composta de duas vias, uma Solicitação e outra Cobrança.

Preencher todos os dados da Guia Odontológica Solicitação de acordo com dados descritos no verso da carteira Dent Prev, preencher os itens de serviço a serem executados e encaminhar à **Credenciante** para liberação do tratamento proposto.

A Guia Odontológica Solicitação deve ser enviada por correio, fax ou internet para a **Credenciante**, em até 72hs após a consulta inicial para autorização e liberação do tratamento proposto. A liberação será então fornecida pela **Credenciante** em até 72hs.

Após a conclusão do tratamento enviar em até 72hs por correio ou pessoalmente a Guia Odontológica Cobrança devidamente preenchida, junto com as radiografias iniciais e finais.

A **Credenciante** considera para efeitos legais a data de postagem do material.

Guias incompletas serão devolvidas para correção.

Para todos os tratamentos propostos deverá ser solicitada senha de liberação via correio, fax ou internet, exceto consultas de urgência em horário normal ou noturno, estas não necessitam de autorização prévia.

O **Credenciado** deve preencher corretamente a Guia Odontológica Cobrança com os serviços

executados, indicar a data de realização de cada procedimento e solicitar assinatura do associado ou responsável nos locais indicados na Guia.

V - Repasses

Os pagamentos serão pelos serviços prestados, de acordo com os valores de Unidade de Serviço acordados entre as partes, tendo como base a Tabela Dent Prev.

O **Credenciado** deve encaminhar a guia cobrança junto com as radiografias iniciais e finais até o dia 30 de cada mês, sendo considerada a data de postagem, para auditoria e processamento do repasse, que será efetuado no dia 30 do mês subsequente.

O repasse será efetuado por meio de depósito em conta corrente do **Credenciado**, informada no contrato de credenciamento anexo.

O **Credenciado** receberá via correio ou internet, um relatório referente aos serviços reembolsados. Desde já fica a **Credenciante** autorizada a efetuar desconto de 11% sobre todos os valores a serem reembolsados ao **Credenciado** pelos serviços executados. Esta retenção corresponde ao recolhimento determinado pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

No caso de abandono de tratamento por parte do associado, favor consultar nossa Central de Atendimento para obter orientações sobre o procedimento a ser seguido para o recebimento dos serviços executados.

Somente será efetuado o repasse da Guia Odontológica Cobrança se esta estiver corretamente preenchida, assinada pelo associado em cada sessão e acompanhada das radiografias necessárias.

Após o repasse, a **Credenciante** devolverá ao **Credenciado** as radiografias enviadas.

A **Credenciante** considerará corretos os relatórios de repasse emitidos, como também os repasses efetuados, se num prazo de 30 dias após o crédito, não houver nenhuma contestação por parte do **Credenciado**.

Os itens que necessitam comprovação radiográfica estão discriminados na Tabela Dent Prev. É importante que as radiografias iniciais e finais dos procedimentos sejam de qualidade adequada para realização do repasse.

VI - Serviços não Cobertos pelo plano do associado.

Devem ser cobrados diretamente do associado de acordo com itens não cobertos (SNC) da Tabela Dent Prev

Serviços de laboratório protético não possuem cobertura e devem ser cobrados diretamente do associado mediante apresentação da nota do serviço do laboratório.

Serviços médicos hospitalares e serviços que utilizem metais nobres não estão cobertos pelos planos Dent Prev.

Informamos que em casos de faltas ou atrasos dos associados nas consultas agendadas, a **Credenciante** está isenta de responsabilidade.

Em nenhuma hipótese poderá ser cobrado do associado, valor maior que o determinado na tabela Dent Prev para serviços não cobertos.

VII - Glosas

Sempre serão justificadas pela **Credenciante**, em caso de discordância ou dúvidas por parte do **Credenciado** encaminhar por escrito, via correio, no prazo de 30 dias após o pagamento do tratamento para avaliação da auditoria. A Guia para revisão deve ser obtida através de nosso site www.dentprev.com.br ou solicitada através da Central de Atendimento (11) 3217-2008 ou 0800-773-7553 e devidamente preenchida, esta guia é específica, não será aceito pedido de revisão em Guia não padronizada.

O deferimento ou não da reauditoria será feito em 30 dias após o recebimento da solicitação.

VIII - Repetição de Procedimentos

Procedimentos já realizados e que estejam em prazo de garantia devem ser refeitos pelo próprio **Credenciado** que os executou anteriormente. Considera-se razoável o prazo de 24 meses para repetição de procedimentos, exceto itens de prevenção e periodontia que tem prazo de apenas 6 meses para repetição.

As orientações estão no manual do credenciado no site www.dentprev.com.br.

IX - Ortodontia

No caso do plano do associado possuir cobertura para ortodontia e o **Credenciado** atuar nesta especialidade, não poderá ser cobrado do associado qualquer valor referente a consulta ou instalação do aparelho ortodôntico ou ortopédico.

No caso de aparelhos fixos, a cobertura limita-se aos metálicos, não englobando aparelhos estéticos.

O **Credenciado** devesse cobrar apenas o valor da manutenção especificada na Tabela Dent Prev,

sendo esta um valor máximo de referência. A manutenção deverá ser paga pelo associado diretamente ao **Credenciado**.

O **Credenciado** para a especialidade de ortodontia que optar por integrar, além da rede convencional, as redes **Standard Orto** e **Premier Orto**, com cobertura completa para ortodontia, deverá informar no campo referente a esta opção no contrato de credenciamento anexo.

Os **Credenciados** que optarem pela prestação de serviços de ortodontia para os dois planos citados, deverão encaminhar mensalmente à **Credenciante**, guia solicitação juntamente com guia cobrança para que seja efetuado o repasse da manutenção. Não é necessária autorização prévia para realização do procedimento de manutenção.

O valor da manutenção Ortodôntica referente ao planos **Standard Orto** e **Premier Orto** será de R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais) para aparelhos fixos ou móveis e o repasse será efetuado pela **Credenciante** ao **Credenciado**, não podendo ser cobrado diretamente do associado em nenhuma hipótese.

X - Rescisão do contrato

O **Credenciado** compromete-se a atender os associados Dent Prev sem distinção ou qualquer tipo de discriminação, caso isso ocorra será motivo de rescisão contratual.

Em caso de negligência, imprudência ou imperícia por parte do **Credenciado**, este responderá na proporção do dano causado e de acordo com a legislação vigente no ato da infração.

O **Credenciado** é responsável pelo correto diagnóstico e qualidade dos tratamentos executados, respondendo por eles civil e criminalmente.

Os serviços em desacordo com as normas técnicas executados pelo **Credenciado**, não serão reembolsados pela **Credenciante** ao mesmo.

Este contrato vigorará por prazo indeterminado, podendo ser rescindido por qualquer das partes mediante aviso por escrito com antecedência mínima de 60 dias a contar do recebimento da comunicação. Os tratamentos já iniciados deverão ser concluídos sem prejuízo ao associado e serão reembolsados normalmente ao **Credenciado**.

O **Credenciado** deverá identificar formalmente a **Credenciante** quais são os associados que estão em tratamento continuado ou que necessitem de atenção especial, para possibilitá-la de garantir a estes, os recursos assistenciais necessários para a continuidade de sua assistência.

O **Credenciado** deve também disponibilizar as informações necessárias à continuidade do tratamento por outro profissional, desde que requisitado pelo associado.

Deverá ainda o **Credenciado**, informar os dados dos atendimentos prestados aos associados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela Agência Nacional de Saúde e de acordo com a Lei 9961\2000, art4 inciso XXXI.

Caberá ao **Credenciado** acatar ao estabelecido no art. 18 da Lei 9656\98 no que diz respeito à prioridade de atendimento aos associados no caso de urgência e pessoas com mais de 60 anos, gestantes, lactentes e crianças até 5 anos de idade, não podendo haver discriminação aos associados da **Credenciante**.

O **Credenciado** autoriza a **Credenciante** a solicitar perícia a qualquer tempo em que julgar conveniente no intuito de esclarecer possíveis dúvidas a respeito do serviço executado no **associado**.

XI – Reajustes dos valores contratuais

Os valores de Unidades de Serviço acordados serão reajustados anualmente pelo IGPM e de acordo com normas vigentes, podendo também considerar a livre negociação entre as partes no decorrer do período de credenciamento.

XII – Considerações Gerais

O **Credenciado** autoriza a **Credenciante** a fazer auditoria clínica a qualquer tempo que julgar necessário.

O **Credenciado** autoriza a **Credenciante** a divulgar seu nome, bem como curriculum ou especialização perante os materiais de divulgação da **Credenciante**.

Este contrato não determina exclusividade de prestação de serviços entre **Credenciante** e **Credenciado**.

Fica determinado o valor de 500 US como penalidade (multa) por infração das cláusulas previstas e será calculada de acordo com o valor da US do **Credenciado**, ao infrator.

Rua Sete de Abril, Nº97 11Andar.
CEP 01043-000 Centro
São Paulo/SP
Tel.: (11) 3217-2008
0800-773.7553
www.dentprev.com.br

ANS-nº 41.648-7