

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

| CLÁUSULAS | ASSUNTO                                                   | PÁGINA |
|-----------|-----------------------------------------------------------|--------|
| ▼         | ▼                                                         | ▼      |
|           | Conceitos                                                 | 1      |
| 1         | Dados Gerais do Contrato                                  | 4      |
|           | Qualificação da <b>CONTRATADA</b> e do <b>CONTRATANTE</b> | 4      |
|           | Objeto do Contrato                                        | 4      |
|           | Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS       | 4      |
|           | Tipo de Contratação                                       | 5      |
|           | Segmentação Assistencial do Plano                         | 5      |
|           | Área Geográfica de Abrangência e Atuação do Plano         | 5      |
|           | Formação de Preço Contratado                              | 5      |
|           | Serviços e Coberturas Adicionais                          | 5      |
| 2         | Atributos do Contrato                                     | 6      |
| 3         | Condições de Admissão                                     | 6      |
| 4         | Coberturas e Procedimentos Garantidos                     | 8      |
| 5         | Exclusões de Cobertura                                    | 9      |
| 6         | Mecanismos de Regulação                                   | 11     |
| 7         | Acesso à Livre Escolha de Prestadores                     | 13     |
| 8         | Duração do Contrato                                       | 16     |
| 9         | Carências                                                 | 17     |
| 10        | Atendimento de Urgência e Emergência                      | 18     |
| 11        | Formação de Preço e Contraprestação                       | 19     |
| 12        | Forma de Pagamento                                        | 21     |
| 13        | Reajuste Anual                                            | 22     |
| 14        | Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário           | 22     |
| 15        | Suspensão/Rescisão                                        | 23     |
| 16        | Privacidade e Proteção de Dados Pessoais                  | 26     |
| 17        | Disposições Gerais                                        | 28     |
| 18        | Do Foro                                                   | 29     |
|           | Anexo de Cobertura                                        | 30     |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

## | Conceitos

Os termos abaixo, quando empregados neste Contrato, terão os significados seguintes:

**1 – Área de Atuação do Produto:** especificação nominal dos municípios e/ou estados de cobertura e operação do Plano, indicados de acordo com a Área Geográfica de Abrangência, nos quais a **CONTRATADA** está obrigada a garantir as coberturas de assistência odontológica nos termos deste Contrato;

**2 – Área Geográfica de Abrangência:** área em que a **CONTRATADA** está obrigada a garantir as coberturas contratadas. A Área Geográfica de Abrangência pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

**3 – BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, vinculada à **CONTRATADA** por meio de contrato de plano odontológico individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

**4 – Carência:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência odontológica, durante o qual o **CONTRATANTE** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas;

**5– Cobertura:** segmentação assistencial do plano odontológico que garante a prestação de serviços e compreende procedimentos odontológicos e atendimentos de urgência e emergência determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e neste Contrato;

**6 – Coparticipação:** mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga diretamente à **CONTRATADA**, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, em caso de plano coletivo, após a realização do procedimento;

**7 – Dados Pessoais do Contratante:** significa qualquer dado pessoal que pertença ao **CONTRATANTE**, que a **CONTRATADA** tenha recebido ou a que tenha tido acesso em conexão com o Contrato;

**8 – Emergência:** como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizados em declaração do médico assistente ou cirurgião-dentista;

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

**9 – Franquia:** mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço;

**10 – Legislação de Proteção de Dados:** significa qualquer lei sobre privacidade e proteção de dados, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), à qual a **CONTRATADA** esteja sujeita em conexão com o Contrato (incluindo, sem limitação e a título de exemplo, interpretações, decisões, acordos ou diretrizes de qualquer autoridade governamental);

**11 – LGPD:** significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, assim como suas eventuais alterações, regulamentações ou substituições posteriores;

**12 – Reajuste:** qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro na carteira em função da variação dos custos odontológicos ocorridos no período de um ano ou decorrente do deslocamento do **BENEFICIÁRIO** de uma faixa etária para outra;

**13 – Rede Credenciada:** conjunto de estabelecimentos de odontologia, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela **CONTRATADA** para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à odontologia, considerando-se ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A lista de todos os prestadores – dentistas, clínicas – com os serviços de especialidades e de acordo com o plano estará disponível no endereço eletrônico da **CONTRATADA**;

**14 – Reembolso:** mecanismo de regulação que permite o ressarcimento de despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** junto a prestadores de serviços não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos do disposto neste Contrato;

**15 – Ressarcimento:** restituição das despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** junto a prestador de serviços não credenciado em razão de atendimentos de urgência ou emergência comprovada quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998;

## CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

**16 – Rol:** refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Rol de Procedimentos e Eventos em Odontologia, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na época da contratação e suas atualizações, bem como às suas Diretrizes de Utilização (“DUT”), Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização. Para fins deste Contrato, o Rol compreende a cobertura mínima que deve ser garantida pela **CONTRATADA**, de acordo com a segmentação do plano. A responsabilidade pela atualização do Rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a lista completa de procedimentos contemplados por ele está disponível no seguinte site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br);

**17 – Tabela Amil de Reembolso:** tabela que contém a relação dos procedimentos odontológicos que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas odontológicas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** quando do acesso à livre escolha de prestadores, para planos que preveem essa modalidade. Essa relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol;

**18 – Urgência:** aquela caracterizada por sofrimento intenso de origem odontológica que justifique um atendimento imediato, como: curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial; curativo em caso de dor aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de trabalho protético; tratamento de alveolite; incisão e drenagem de abscesso extra e intraoral e reimplante de dente avulsionado;

**19 – Violação de Dados Pessoais:** significa um incidente de segurança que leve à destruição, perda, alteração, revelação não autorizada ou ao acesso, acidental ou ilegal, de dados pessoais.

## **1 | Cláusula Primeira**

### **DADOS GERAIS DO CONTRATO**

#### **I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DO CONTRATANTE**

**1.1 – AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**, classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

**1.2 – CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada nos dados constantes na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

**1.2.1 – O CONTRATANTE** é identificado também neste contrato como **BENEFICIÁRIO** Titular. Na Proposta Contratual, o **BENEFICIÁRIO** Titular indicará, expressamente, os **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, e todos em conjunto serão denominados **BENEFICIÁRIOS**.

#### **II. OBJETO DO CONTRATO**

**1.3 – O presente Contrato** tem por objeto a cobertura de custos de despesas com procedimentos de assistência odontológica realizadas por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** exclusivamente na rede credenciada ou por reembolso, desde que nos limites de cobertura previstos neste instrumento e no Rol, em obediência ao que estabelece a Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação.

#### **III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

**1.4 – Os planos odontológicos** asseguram a cobertura de custos e despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso, quando este estiver previsto no plano escolhido pela **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da Proposta Comercial.

**1.4.1 – Os nomes comerciais** e os números de registros dos planos perante a ANS, assim como as características específicas de cada produto, encontram-se descritos na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

**1.4.2 – A escolha do plano** será feita, exclusivamente, com base naqueles comercializados na região de atuação correspondente ao endereço da **CONTRATANTE**, conforme indicado na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

## IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

**1.5** – O tipo de contratação deste plano poderá ser Individual ou Familiar, tal como definidos abaixo:

**I – Contrato Individual:** é aquele que tem, no mínimo, um **BENEFICIÁRIO** Titular;

**II – Contrato Familiar:** é aquele que tem, no mínimo, 3 (três) **BENEFICIÁRIOS**, sendo ao menos um titular e dois dependentes do mesmo grupo familiar, de acordo com o grau de parentesco descrito na cláusula Condições de Admissão.

**1.5.1** – Caso qualquer das condições obrigatórias para a qualificação do Contrato como familiar deixe de estar presente, a qualquer tempo, o plano passará a ser considerado individual, inclusive com relação à precificação.

## V. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO

**1.6** – A segmentação assistencial do plano descrito neste Contrato é exclusivamente odontológica.

## VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO DO PLANO

**1.7** – As coberturas previstas neste Contrato e em seus eventuais anexos serão prestadas em toda a rede credenciada dentro da Área Geográfica especificada para o Plano, conforme indicado abaixo.

**1.7.1** – A abrangência geográfica do plano encontra-se descrita na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

**1.7.2** – A **CONTRATADA** disponibilizará a rede credenciada do plano com todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), serviços e especialidades, aos quais o **BENEFICIÁRIO** poderá ter acesso pelo site [amil.com.br](http://amil.com.br).

## VII. FORMAÇÃO DE PREÇO CONTRATADO

**1.8** – A formação de preço do plano é preestabelecida e suas regras estão indicadas na Cláusula “Formação de Preço e Contraprestação”.

## VIII. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

**1.9** – Os serviços e as coberturas contratuais estão previstos em cláusula própria de “Coberturas e Procedimentos Garantidos” e no Anexo de Coberturas, ao passo que os serviços e as coberturas adicionais, quando contratados, estarão descritos em Anexo específico.

## 2 | Cláusula Segunda

### ATRIBUTOS DO CONTRATO

**2.1** – O presente Contrato estabelece a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, e visa à assistência odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS**, de acordo com a rede credenciada e na abrangência geográfica do plano contratado, bem como com os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e as demais condições, exclusões e limites definidos neste Contrato.

**2.2** – O presente Contrato tem a natureza de contrato aleatório, de adesão e bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, nas formas previstas no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656/98, em especial a Resolução Normativa 557/22. Desse modo, o **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que a **CONTRATADA** não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar no Rol, neste Contrato ou em seus eventuais anexos.

## 3 | Cláusula Terceira

### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**3.1** – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato o **BENEFICIÁRIO** Titular e as pessoas indicadas por ele na Proposta Contratual na qualidade de **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, respeitadas as regras de elegibilidade dispostas no item a seguir.

**3.2** – Podem ser incluídos como **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, com relação ao titular:

- I – Esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;
- II – Filhos(as) naturais ou adotivos(as) do **BENEFICIÁRIO** Titular, enteados(as), pessoas de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular possua guarda provisória ou definitiva e os(as) tutelados(as) pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, na forma da lei;
- III – Filhos inválidos do **BENEFICIÁRIO** Titular, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil;

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

- IV – Filhos do **BENEFICIÁRIO** Titular maiores de 21 (vinte e um) anos de idade com qualquer deficiência que impossibilite a realização de atividades para o sustento próprio, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil;
- V – Pai, mãe, irmãos(ãs), avós, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrastra e cunhado(a).

**3.3** – Em caso de inscrição, pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, de cônjuge ou companheiro(a) em razão de casamento ou união estável contraídos após a vigência do presente Contrato, assim como de filho(s) natural(is) nascido(s) ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos adotados sob vigência deste Contrato, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, desde que:

- (i) os prazos de carência previstos neste instrumento já tenham sido cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** Titular;
- (ii) a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o casamento ou constituição de união estável, o parto, a guarda provisória ou definitiva ou a sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o consequente acréscimo da contraprestação pecuniária.

**3.3.1** – Caso o pedido de inclusão mencionado no item anterior seja feito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a inclusão do **BENEFICIÁRIO** Dependente ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos neste Contrato, conforme prevista na cláusula própria – Carências.

**3.3.2** – A perda de qualquer dos vínculos de dependência dispostos no item anterior confere à **CONTRATADA** o direito de excluir o **BENEFICIÁRIO** do plano.

**3.4** – A pessoa menor de 18 (dezoito) anos poderá figurar na qualidade de **BENEFICIÁRIO** Titular, devendo, nesse caso, estar inscrita no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda e ser representada ou assistida na forma da legislação civil.

**3.4.1** – Na hipótese do **BENEFICIÁRIO** Titular ser menor de 18 (dezoito) anos, deverá eleger um responsável financeiro para o Contrato, este apto para celebrar o contrato, conforme dados e qualificação a serem dispostos na Proposta Comercial, instrumento que faz parte integrante do presente Contrato.

**3.5** – O **BENEFICIÁRIO** Titular deverá preencher, por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS**, todos os dados incluídos no documento de confirmação de cadastro, apresentando os documentos indispensáveis à comprovação das informações prestadas, como carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento ou casamento e comprovante de residência.

**3.6 – Com relação aos BENEFICIÁRIOS** vigoram, ainda, as seguintes disposições:

**3.6.1 –** Quando referidos em conjunto, tanto os **BENEFICIÁRIOS** Titulares quanto os **BENEFICIÁRIOS** Dependentes serão denominados, simplesmente, **BENEFICIÁRIOS**;

**3.6.2 –** A admissão do **BENEFICIÁRIO** Dependente está condicionada à participação do **BENEFICIÁRIO** Titular no plano.

## **4 | Cláusula Quarta**

### **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**4.1 –** Este Contrato contempla todas as coberturas e procedimentos previstos no art. 12, IV, da Lei nº 9.656/98, incluindo a cobertura dos exames clínicos de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológica, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como procedimentos de prevenção dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, desde que previstos como segmentação odontológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, no presente Contrato ou em eventual anexo de coberturas adicionais.

**4.1.1 –** Na hipótese de inclusão de novas coberturas obrigatórias pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, por meio de normativas específicas, estas serão automaticamente incorporadas ao presente contrato, observadas as disposições legais e regulamentares vigentes à época da atualização.

**4.1.2 –** A rede credenciada é composta pelos prestadores de serviços odontológicos, de radiologia e clínicas constantes da relação de profissionais cadastrados e disponibilizados pela **CONTRATADA**.

**4.2 –** A cobertura será assegurada a todos os procedimentos indicados no Anexo de Coberturas, independentemente do local de origem do evento, e se dará nos limites e de acordo com as características do plano contratado, observando-se, entre outros itens, a área de abrangência e as disposições previstas no Rol e no presente instrumento.

**4.2.1 –** As Coberturas e/ou Serviços Adicionais, quando contratados, estarão incluídos no Anexo específico, que, mencionado na Proposta Contratual, fará parte integrante do presente Contrato.

**4.3 –** Este Contrato prevê a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos de segmentação odontológica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento.

5 | Cláusula Quinta

**EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**5.1** – Este Contrato **NÃO PREVÊ** a cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, em qualquer hipótese, entre os quais, porém não restrito a:

**5.1.1** – Qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e dos procedimentos odontológicos por ele realizados, dentro da cobertura contratual do plano, quando, por imperativo clínico, for necessária a realização em ambiente hospitalar;

**5.1.1.1** – Caracterizam-se como imperativo clínico atos que se impõem em razão das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;

**5.1.1.2** – O cirurgião-dentista e/ou médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir mais segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados;

**5.1.1.3** – Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e a estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares (OPME - órteses, próteses e materiais especiais) e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

**5.1.2** – Remoção do **BENEFICIÁRIO**;

**5.1.3** – Enfermagem particular e assistência odontológica domiciliar;

**5.1.4** – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

**5.1.5** – Sedação medicamentosa ambulatorial em Odontologia, inclusive Sedação medicamentosa ambulatorial em Pacientes com necessidades especiais em Odontologia;

**5.1.6** – Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em Odontologia, inclusive Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em Pacientes com necessidades especiais em Odontologia;

**5.1.7** – Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental brasileiro;

**5.1.8** – Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de 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;

**5.1.9** – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na cláusula Reembolso de Despesas;

**5.1.10** – Exames de laboratório, exceto os que constam como segmentação odontológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde, vigente na época do evento;

**5.1.11** – Dispositivos ortodônticos do tipo alinhadores transparentes/invisíveis, de quaisquer marcas disponíveis no mercado, bem como sua instalação, remoção e/ou manutenções, independentemente da periodicidade destas;

**5.1.12** – Qualquer atendimento em caso de conflitos, calamidades públicas, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo;

**5.1.13** – Todos e quaisquer procedimentos associados à harmonização oral e/ou facial (HOF);

**5.1.14** – Lentes de contato dental;

**5.1.15** – Fisioterapia, medicamentos, acupuntura e outros tratamentos alternativos associados a Disfunção Temporo Mandibular;

**5.1.16** – Implantes ortodônticos com finalidade de ancoragem dentária e/ou movimentação/tração de dentes;

**5.1.17** – Todos e quaisquer procedimentos não constantes como de segmentação odontológica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, bem como outros presentes no Anexo de Coberturas.

**5.1.18** – Procedimentos não listados no Anexo de Coberturas e fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde não estarão cobertos.

## 6 | Cláusula Sexta

### MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**6.1** – A **CONTRATADA** disponibilizará a cada **BENEFICIÁRIO** incluído no plano um cartão de identificação, que o habilitará ao uso dos serviços odontológicos, sempre acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

**6.1.1** – O cartão de identificação será disponibilizado, preferencialmente, por meio digital.

**6.1.2** – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação, quando disponibilizado por meio físico.

**6.1.3** – Para disponibilização da cobertura, a **CONTRATADA** poderá fazer uso de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para *smartphone* disponibilizado por ela, cujo objetivo está voltado à comprovação: (i) da solicitação de procedimento odontológico; (ii) da utilização dos serviços relacionados à cobertura e (iii) da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO** para realização dos atendimentos (consultas, exames etc.).

### MECANISMO DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA

**6.2** – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento no presente Contrato serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados e de comum acordo entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**. Além disso:

a) Se não houver acordo quanto à escolha do dentista desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades da classe sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**.

**6.3** – É facultado à **CONTRATADA** firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação prevista no item supracitado.

**6.4** – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do odontologista que nomear, quando este não pertencer à rede credenciada, sendo que os honorários do profissional desempatador serão pagos pela **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação vigente.

#### **MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS E EXAMES**

**6.5** – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA** cartão de identificação em meio físico ou digital e documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil). Quando se apresentar em clínica de radiologia, deverá apresentar, também, o pedido de exame realizado pelo cirurgião-dentista em receituário timbrado e original. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do **BENEFICIÁRIO**, será realizada a validação biométrica (facial, digital etc.).

**6.5.1** – Caso o pedido de exame radiológico seja realizado pela rede credenciada, também poderá ser aceito pedido digitalizado encaminhado pelo dentista solicitante através do portal do prestador e visualizado pela clínica radiológica.

**6.6** – O **BENEFICIÁRIO** será atendido por dentistas credenciados pela **CONTRATADA**, relacionados na rede credenciada do plano, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do dentista.

**6.7** – A qualquer momento, o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consulta(s) de avaliação, destinada(s) a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, a elucidação de dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tal(is) consulta(s) será(ão) realizada(s) por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.

#### **MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA**

**6.8** – A **CONTRATADA** poderá realizar alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da **CONTRATADA** pode ser consultada através (I) do aplicativo Amil Clientes; (II) área logada no site [amil.com.br](http://amil.com.br) ou; (III) junto à Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

## 7 | Cláusula Sétima

### ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

**7.1** – Para os atendimentos dos procedimentos odontológicos cobertos por esse Contrato, os **BENEFICIÁRIOS** poderão fazer uso da rede credenciada do Plano escolhido ou buscar atendimento junto a prestadores de serviços odontológicos ou auxiliares de diagnóstico não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos e limites dispostos neste instrumento, desde que o plano contratado preveja essa modalidade.

**7.1.1** – Caso o **BENEFICIÁRIO** utilize os serviços odontológicos de profissionais pertencentes à rede credenciada, esses serviços serão pagos pela **CONTRATADA** diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano. Nessa hipótese, não será cabível qualquer pedido de reembolso.

**7.1.2** – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento junto a um prestador de serviços odontológicos não pertencente à rede credenciada, esses serviços serão pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar o reembolso de referidas despesas junto à **CONTRATADA** via central de atendimento, aplicativo ou pelo site [amil.com.br](http://amil.com.br).

**7.2** – O reembolso a que se refere a presente Cláusula somente será realizado nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica indicada no Contrato, após a avaliação e comprovação, conforme **Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental**, e as regras dispostas a seguir:

**7.2.1** – O cálculo do montante devido pela utilização da livre escolha de prestadores é feito em função dos Fatores Multiplicadores definidos para o plano escolhido e da quantidade de USO do procedimento, conforme discriminados na Tabela de Reembolso vigente no momento da contratação e suas atualizações;

**7.2.2** – A Tabela de Reembolso que rege o reembolso encontra-se registrada no 6º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Paulo, no site [amil.com.br](http://amil.com.br) e também na sede do **CONTRATANTE**, para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**;

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

7.2.3 – O valor do reembolso é obtido por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Quantidade de Unidades de Serviço Odontológico*} \times \text{Valor da Unidade de Serviço Odontológico**}}{\text{Fator Multiplicador de Reembolso}}$$

(\*) Conforme indicado na Tabela de Reembolso para o procedimento realizado;

(\*\*) Vigente na data da realização do procedimento odontológico.

7.2.4 – Com relação à Unidade de Serviço Odontológico (USO), vigoram as seguintes regras:

- (i) A Unidade de Serviço Odontológico (USO) corresponde a um coeficiente, expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação. O valor da USO para consultas, exames e procedimentos será de R\$ 5,80 (cinco reais e oitenta centavos) e, está disponível para consulta no site [amil.com.br](http://amil.com.br), na “área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**;
- (ii) O valor da USO poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.

7.3 – O Fator Multiplicador de Reembolso para o produto contratado será de **1 (uma) vez o valor da tabela** e está disponível para consulta no site [amil.com.br](http://amil.com.br), na “área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**.

7.4 – Para solicitar o reembolso, o **BENEFICIÁRIO** deverá entregar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados da data do evento, recibo ou nota fiscal válida como recibo e laudos odontológicos, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) Recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta;
- (ii) Nome do **BENEFICIÁRIO** atendido;
- (iii) Nome do titular ou responsável pelo contrato e dados bancários da conta-corrente do titular;
- (iv) Valor unitário dos procedimentos cobrados, assim como o valor de eventual desconto, quando concedido;

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

- (v) Assinatura do responsável pelo serviço ou assinatura e carimbo do dentista, quando se tratar de consultas ou honorários médicos;
- (vi) CPF e/ou /CNPJ, CRO;
- (vii) Endereço legível;
- (viii) Data da realização do evento;
- (ix) Radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se for necessária a avaliação técnica do procedimento realizado).

**7.4.1** – Caso seja exigida a apresentação de documentos específicos para coberturas contempladas em Anexo de Coberturas Adicionais, a relação completa dos documentos estará contida no respectivo Anexo.

**7.4.2** – A **CONTRATADA** não aceitará o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

**7.5** – Caso a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não contenha todos os dados indicados no item anterior, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** o envio de documentação ou de informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado. A partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para reembolso.

**7.5.1** – Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

**7.5.2** – A **CONTRATADA** poderá analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

**7.6** – Uma vez entregue toda a documentação a que se refere esta cláusula, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** Titular, em prazo de 15 (quinze) dias úteis, a contar da data de aprovação do reembolso.

**7.6.1** – Para o pagamento do reembolso a que se refere este item, é indispensável a apresentação de documento de identidade e CPF/MF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

**7.7** – O valor do reembolso das despesas odontológicas provenientes do sistema de livre escolha não será superior ao efetivamente pago e não será inferior ao adotado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço odontológico realizado.

**7.8** – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito ao reembolso.

## **8 | Cláusula Oitava**

### **DURAÇÃO DO CONTRATO**

**8.1** – O presente Contrato terá o prazo mínimo de vigência inicial de 12 (doze) meses, contados a partir da data de confirmação do pagamento referente à contraprestação inicial, conforme disposto nas normas da ANS relacionadas a contratação eletrônica.

**8.1.1** – A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá durante o processo de contratação, quando o **CONTRATANTE** assinará a declaração com a ciência e concordância quanto aos termos do Contrato.

**8.1.2** – A data prevista para o início da vigência do Contrato poderá ser adiada em razão de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessários para a complementação dos dados cadastrais.

**8.2** – A data do início da vigência será aquela estabelecida na Proposta Contratual, o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária ou qualquer outra data estabelecida pelas Partes, desde que, antes dessa data designada, não tenha sido feito nenhum pagamento, sob pena de, havendo pagamento, considerar-se como vigência inicial a data do pagamento.

**8.2.1** – A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá durante o processo de contratação, quando a **CONTRATANTE** assinará a declaração com a ciência e concordância quanto aos termos do Contrato.

**8.3** – O contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado depois de transcorrida a vigência mínima estipulada no item 8.1 desde que nenhuma das Partes se manifeste contrariamente à sua renovação, no prazo de aviso prévio de 60 (sessenta) dias. No ato de renovação, não caberá cobrança de taxas tampouco a incidência de qualquer período adicional de carências.

**8.3.1** – Na renovação do Contrato, será mantida a forma de pagamento vigente no sistema da **CONTRATADA**, ressalvados os casos de impossibilidade de cobrança na forma escolhida, nos termos da Cláusula referente à Forma de Pagamento.

## 9 | Cláusula Nona

### CARÊNCIAS

**9.1** – Os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão os seguintes prazos de carência, contados da contratação, em caso de **BENEFICIÁRIOS** Titulares, ou de sua inclusão no plano, em caso de **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, de acordo com a forma de pagamento vigente no momento da solicitação de inclusão e sempre em conformidade com as condições contratadas.

**9.1.1** – O período de carência será aplicado a partir da data de início da vigência do contrato que se dará após a confirmação do primeiro pagamento.

#### Cartão de Crédito Mensal ou Boleto Mensal

| Grupo de Procedimentos                       | Ouro Orto<br>ANS 505361257 |
|----------------------------------------------|----------------------------|
| Urgência/Emergência                          | 24 horas                   |
| Consulta                                     | 60 dias                    |
| Cirurgia                                     | 90 dias                    |
| Radiologia                                   | 60 dias                    |
| Odontologia Preventiva                       | 60 dias                    |
| Diagnóstico                                  | 60 dias                    |
| Periodontia                                  | 90 dias                    |
| Dentística                                   | 90 dias                    |
| Endodontia                                   | 90 dias                    |
| Prótese Dentária – Rol                       | 180 dias                   |
| Disfunção Temporo-mandibular e Dor-Orofacial | 180 dias                   |
| Odontologia Estética                         | 180 dias                   |
| Prótese Dentária – Extra Rol                 | Não Coberto                |
| Ortodontia                                   | 180 dias                   |
| Implantodontia                               | Não Coberto                |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

## Cartão de Crédito Anual ou Boleto Anual

| Grupo de Procedimentos                       | Ouro Orto<br>ANS 505361257 |
|----------------------------------------------|----------------------------|
| Urgência/Emergência                          | 24 horas                   |
| Consulta                                     | 24 horas                   |
| Cirurgia                                     | 24 horas                   |
| Radiologia                                   | 24 horas                   |
| Odontologia Preventiva                       | 24 horas                   |
| Diagnóstico                                  | 24 horas                   |
| Periodontia                                  | 24 horas                   |
| Dentística                                   | 24 horas                   |
| Endodontia                                   | 24 horas                   |
| Prótese Dentária – Rol                       | 90 dias                    |
| Disfunção Temporo-mandibular e Dor-Orofacial | 90 dias                    |
| Odontologia Estética                         | 90 dias                    |
| Prótese Dentária – Extra Rol                 | Não Coberto                |
| Ortodontia                                   | 90 dias                    |
| Implantodontia                               | Não Coberto                |

## 10 | Cláusula Décima

### ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**10.1** – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros itens, a Segmentação Assistencial, a Área Geográfica de Abrangência e a Área de Atuação estabelecidas para este Contrato, além das hipóteses previstas no Rol, estão cobertos os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, os casos de urgência e emergência definidos abaixo, nos termos desta cláusula.

**10.2** – O **BENEFICIÁRIO** terá direito ao ressarcimento unicamente das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento por serviço odontológico não credenciado e apenas em casos de: (i) urgência ou emergência comprovada ou (ii) impossibilidade justificada de utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**.

**10.2.1** – Nesses casos, o ressarcimento somente será realizado: (i) nos limites das obrigações contratuais; (ii) de acordo com a abrangência geográfica contratada e (iii) mediante apresentação dos documentos relacionados nos itens abaixo, tudo em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.

**10.2.2** – O ressarcimento somente será pago mediante a apresentação de documentos originais que comprovem o atendimento.

**10.2.3** – Os documentos deverão ser entregues ou enviados à **CONTRATADA** no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento, sob pena de, desrespeitado esse prazo, o **BENEFICIÁRIO** perder o direito ao ressarcimento.

**10.2.4** – Se a documentação não contiver todos os dados que comprovem o atendimento, a **CONTRATADA** poderá solicitar envio de nova documentação ou de informações complementares sobre o procedimento. A partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para pagamento.

**10.2.5** – O ressarcimento será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

## **11 | Cláusula Décima Primeira**

### **FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO**

**11.1** – O Contrato possui formação de preço preestabelecida e baseia-se nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária realizado antes da utilização das coberturas contratadas.

### **PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA**

**11.2** – A contraprestação pecuniária (mensalidade) que o **BENEFICIÁRIO** Titular e/ou **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, decorrente deste contrato, será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS** dependentes, inscritos no presente contrato, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na Proposta Contratual.

**11.3** – É obrigação do **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido.

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

**11.4** – Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento ou no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em feriado ou em dia em que não haja expediente bancário, reconhecendo-se como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

**11.4.1** – O não pagamento das importâncias devidas à **CONTRATADA** nos termos pactuados, sujeitará o **CONTRATANTE** à cobrança de multa e juros de mora, nos termos previstos na legislação da saúde suplementar, atualmente previstos em 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) de juros de mora ao mês pelos dias em atraso, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo e a possibilidade de exclusão ou rescisão contratual por motivo de inadimplência.

**11.4.2** – Caso o **BENEFICIÁRIO** que optou pela forma de pagamento por boleto bancário não receba o seu boleto ou instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA** ou retirá-lo diretamente através do site [amil.com.br](http://amil.com.br).

**11.4.2.1** – A **CONTRATADA** poderá, a seu livre critério, negociar e/ou parcelar o débito em aberto com o **CONTRATANTE**.

**11.4.3** – O não recebimento do boleto bancário ou instrumento de cobrança não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o pagamento no prazo de vencimento mensal.

**11.4.4** – A atualização dos dados cadastrais, é de inteira responsabilidade do **CONTRATANTE**, que está ciente de que a comunicação entre ele e a **CONTRATADA** será realizado e será considerada válida.

**11.5** – O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

**11.6** – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

**11.7** – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se o **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

**11.8** – Garante-se à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes mantidos por instituições de proteção ao crédito.

## 12 | Cláusula Décima Segunda

### FORMA DE PAGAMENTO

**12.1** – Caberá ao **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da Proposta Contratual, escolher a forma de pagamento das contraprestações pecuniárias entre as opções fornecidas pela **CONTRATADA**.

**12.2** – Na hipótese de o **BENEFICIÁRIO** optar, no momento da contratação, pela antecipação do pagamento das 12 (doze) primeiras mensalidades – boleto anual ou cartão de crédito anual – fará jus à redução de carência nos termos da Proposta Contratual, cláusula própria – “Carências”, sendo certo que, a partir da 13ª (décima terceira) contraprestação pecuniária, a cobrança seguirá por boleto mensal.

**12.3** – Quando a opção de pagamento for cartão de crédito, o titular do cartão deverá ser o responsável financeiro ou titular do plano.

**12.3.1** – Na impossibilidade de cobrança pelo cartão de crédito indicado, a **CONTRATADA** emitirá boleto bancário para o **CONTRATANTE** com o valor devido, sendo mantida a forma de pagamento de cartão de crédito para as contraprestações pecuniárias subsequentes.

**12.3.2** – A forma de pagamento será automaticamente alterada para boleto mensal nos casos em que a **CONTRATADA** identificar que o cartão de crédito indicado está indisponível para cobrança.

**12.4** – O **CONTRATANTE** poderá solicitar a troca da forma de pagamento durante a vigência do contrato, desde que a troca esteja disponível nos canais da **CONTRATADA** e de acordo com as opções disponíveis.

**12.4.1** – A alteração na modalidade de pagamento será realizada pela **CONTRATADA** no faturamento seguinte à solicitação.

**12.5** – O responsável financeiro ou titular do plano poderá optar por pagamento através de débito automático após o início da vigência do Contrato.

## 13 | Cláusula Décima Terceira

### REAJUSTE ANUAL

**13.1** – A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do Contrato ou na periodicidade determinada pela legislação vigente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** ao Contrato.

**13.2** – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões terão reajuste financeiro, anualmente, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado) apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando-se por base a variação ocorrida no mês anterior à contratação e o mês anterior ao aniversário do Contrato, de forma que as partes tenham o conhecimento da variação ocorrida, aprovada e divulgada pela mídia em geral, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano.

## 14 | Cláusula Décima Quarta

### CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**14.1** – A solicitação exclusão de **BENEFICIÁRIOS** poderá ser realizada: (i) presencialmente, na sede da **CONTRATADA**; (ii) por meio da Central de Atendimento; (iii) por meio do site da **CONTRATADA** (amil.com.br)

**14.2** – O **BENEFICIÁRIO** Titular obriga-se a restituir à **CONTRATADA** o cartão de identificação destinado ao uso do sistema pertencente ao(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s), assegurando-se à **CONTRATADA** o direito de cobrar todos os valores correspondentes ao eventual uso indevido desse documento.

**14.3** – Em caso de falecimento de **BENEFICIÁRIO** Titular ou Dependente, o pedido de exclusão deverá ser formalizado no prazo de 30 (trinta) dias, com o envio da respectiva certidão de óbito, observando-se, para todos os fins, as regras a seguir:

**14.3.1** – Se o óbito for do **BENEFICIÁRIO** Titular e/ou responsável, o cônjuge do **BENEFICIÁRIO** Titular ou o **BENEFICIÁRIO** mais idoso passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o **CONTRATANTE** e, consequentemente, o **BENEFICIÁRIO** Titular;

**14.3.2** – Se o óbito for de **BENEFICIÁRIO** Dependente, o envio de certidão de óbito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular no prazo indicado no item 14.3 servirá para efeitos de baixa cadastral e exclusão de **BENEFICIÁRIO**;

**14.3.3** – Em ambos os casos, a apresentação da certidão de óbito é indispensável para que se proceda à alteração contratual e emissão de nova lâmina de pagamento, sob pena de, não o fazendo, responder o **CONTRATANTE** por todo o período em que o **BENEFICIÁRIO** permanecer indevidamente ativo no Contrato;

**14.3.4** – O direito à manutenção na qualidade de **BENEFICIÁRIO** não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da contraprestação pecuniária.

**14.4** – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender o plano do **BENEFICIÁRIO** Titular e/ou Dependente, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência do **CONTRATANTE** nos seguintes casos: (i) perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** Dependente; (ii) prática – pelo **CONTRATANTE** ou por **BENEFICIÁRIO** Dependente – de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem (fraude).

**14.5** – As exclusões cadastrais implicarão a perda imediata do direito às coberturas contratadas.

**14.6** – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, os **BENEFICIÁRIOS** perderão todos os direitos e/ou benefícios previstos neste contrato e não farão jus à devolução de qualquer quantia paga.

## **15 | Cláusula Décima Quinta**

### **SUSPENSÃO/RESCISÃO**

#### **I. SUSPENSÃO**

**15.1** – Se o **CONTRATANTE** atrasar o pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, suspender-se-á, para todos os **BENEFICIÁRIOS**, a prestação de serviços e demais benefícios contratuais.

#### **II. RESCISÃO**

**15.2** – O presente Contrato poderá ser extinto:

**15.2.1** – Imotivadamente, por iniciativa do **CONTRATANTE**, após vencido o prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses.

**15.2.1.1** – O pedido de rescisão do Contrato poderá ser apresentado pelo **CONTRATANTE** pelos seguintes canais de comunicação da **CONTRATADA**:

- (i) presencialmente, na sede da **CONTRATADA**, ou em seus escritórios regionais;
- (ii) por meio de atendimento telefônico (SAC), cujo número encontra-se disponível no site [amil.com.br](http://amil.com.br);
- (iii) por meio do sítio eletrônico ([amil.com.br](http://amil.com.br)).

**15.2.2** – Unilateralmente, pela **CONTRATADA**, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

**15.2.2.1** – O exercício do direito previsto no item anterior está condicionado à notificação do **CONTRATANTE** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência. Se notificado em prazo superior, a rescisão será efetuada se o pagamento do débito não for realizado no prazo de 10 (dez) dias contados do recebimento da notificação.

**15.2.2.2** – A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios, sem prejuízo de outros que vierem a ser autorizados pela regulamentação em vigor:

- (i) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- (ii) mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
- (iii) mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
- (iv) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- (v) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou
- (vi) preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.
- (vii) área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, mediante acesso por login e senha pessoais.

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

**15.2.2.3** – A **CONTRATADA** poderá fazer uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

**15.2.2.4** – É de responsabilidade do **CONTRATANTE** manter as suas informações cadastrais atualizadas.

**15.2.3** – Unilateralmente, pela **CONTRATADA**, nas hipóteses de fraude, mediante procedimento administrativo específico, bem como de qualquer omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo **CONTRATANTE** na Proposta Contratual, para auferir vantagens próprias, para si ou para os **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

**15.2.3.1** – A hipótese de cancelamento por fraude não afasta a prerrogativa da **CONTRATADA** de buscar indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

**15.2.4** – Além das hipóteses anteriores, o Beneficiário Dependente poderá ser excluído no contrato pela **CONTRATADA** a qualquer tempo no caso de perda dos vínculos de dependência entre **BENEFICIÁRIO** Titular e **BENEFICIÁRIO** Dependente.

**15.3** – Caso o **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do Contrato antes de transcorrido o prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses, ficará sujeito ao pagamento à **CONTRATADA** de multa rescisória correspondente a 20% (vinte por cento) das contraprestações vincendas até que se complete o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, incluídos os valores relativos à coparticipação, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso ao **CONTRATANTE**.

**15.3.1** – Na hipótese do item anterior, o valor da multa será obtido aplicando-se a seguinte fórmula:

$$[(\text{Valor anual do Contrato}/12) \times \text{Quantidade de meses remanescentes para completar o período de vigência}] \times 20\%.$$

**15.3.2** – Caso a forma de pagamento da contraprestação pecuniária escolhida pelo **CONTRATANTE** tenha sido cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do contrato, a **CONTRATADA**:

- (i) providenciará o cancelamento dessas parcelas futuras junto à administradora do cartão;
- (ii) enviará à administradora do cartão o valor relativo a eventual multa, a qual deverá ser paga em uma única parcela pelo **BENEFICIÁRIO**.

**15.3.3** – Observado o disposto nos itens anteriores e sendo verificada a necessidade de restituição de valores, a **CONTRATADA** efetuará a devolução conforme abaixo discriminado:

- a) Para os Contratos com pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do Contrato, a **CONTRATADA** providenciará o cancelamento dessas parcelas futuras junto à administradora do cartão e cobrará o valor relativo à multa contratual, que deverá ser paga em uma única parcela pelo **CONTRATANTE** em fatura do cartão de crédito ou via boleto, caso essa seja a forma de pagamento vigente no sistema da **CONTRATADA** ou, ainda, caso haja a impossibilidade na cobrança via cartão de crédito;
- b) Para os contratos com pagamento à vista ou parcelado, nos quais o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário, a **CONTRATADA** providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente, descontada eventual multa contratual, em fatura do cartão de crédito, conta-corrente ou poupança do **CONTRATANTE**.

## **16 | Cláusula Décima Sexta**

### **PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

**16.1** – Toda atividade de tratamento de Dados Pessoais do **CONTRATANTE** que seja realizada pela **CONTRATADA** em conexão com este Contrato seguirá os termos previstos pela Legislação de Proteção de Dados aplicável, incluindo, sem limitações, todas as provisões relativas a confidencialidade, remediação, retenção e registros de tratamento de dados.

**16.2** – A **CONTRATADA** manterá a confidencialidade dos Dados Pessoais do **CONTRATANTE** relacionados a este Contrato, ressalvadas as obrigações legais e regulatórias que regem sua atividade.

**16.3** – A **CONTRATADA** implementará medidas técnicas e organizacionais para proteger os Dados Pessoais do **CONTRATANTE** contra acessos, perdas, alteração, revelação, destruição não autorizados ou acidentais ou qualquer outra forma de tratamento não autorizada ou ilegal.

**16.4** – A **CONTRATADA** irá:

**16.4.1** – Cumprir as disposições legais, propósitos de tratamento de dados pessoais e respeitar os direitos dos Titulares de Dados, conforme descrito no Comunicado de Privacidade, disponibilizado ao **CONTRATANTE**;

**16.4.2** – Garantir que seu pessoal, agentes e subcontratados que tiverem acesso a Dados Pessoais do **CONTRATANTE** estejam sujeitos a obrigações de manter a confidencialidade sobre tais dados e a obrigação de não divulgá-los a qualquer outra pessoa, física ou jurídica, salvo nas hipóteses previstas nesta cláusula ou em cumprimento de obrigação legal ou regulatória;

**16.4.3** – Garantir que mantém e que seus funcionários, agentes e contratados mantenham a confidencialidade de todos os dados, informações ou *know-how* relacionados ao **CONTRATANTE**, aos quais tenham tido acesso como resultado da execução do Contrato, excluídos dessa obrigação os dados em domínio público ou divulgados à **CONTRATADA** sem violação de nenhuma obrigação de confidencialidade;

**16.4.4** – Ser integralmente responsável por todos os atos e omissões de seus empregados, agentes e subcontratados, do mesmo modo que com relação a seus próprios atos e omissões;

**16.4.5** – Implementar e manter um programa de segurança da informação apropriado, razoável e por escrito, que inclua medidas físicas, técnicas e organizacionais proporcionais à natureza do dado pessoal tratado sob este Contrato, medidas que correspondam ou superem padrões e boas práticas industriais e que sejam adequadas a prevenir Violação de Dados Pessoais;

**16.4.6** – Informar ao **CONTRATANTE** qualquer mudança nas políticas, comunicados ou procedimentos relativos à proteção de dados pessoais.

**16.5** – Esta cláusula permanecerá em vigor enquanto a **CONTRATADA** tratar Dados Pessoais do **CONTRATANTE** em conexão com o Contrato, salvo pelas previsões que, por sua natureza, devam sobreviver à extinção do Contrato.

17 | Cláusula Décima Sétima

DISPOSIÇÕES GERAIS

**17.1 – DOCUMENTAÇÃO:** fazem parte do presente Contrato: (i) seus anexos e regulamentos; (ii) Proposta Contratual, definida pelo tipo de plano contratado; (iii) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); e (iv) o Guia de Leitura Contratual (GLC), documentos entregues pela **CONTRATADA** ao **CONTRATANTE**.

**17.1.1 –** O Rol de Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site [amil.com.br](http://amil.com.br).

**17.1.2 –** É responsabilidade da **CONTRATADA**: (i) entregar ao **BENEFICIÁRIO** Titular, previamente à contratação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que será disponibilizado através de mídia digital; e (ii) enviar ao **BENEFICIÁRIO** Titular o Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

**17.2 – MEDIAÇÃO:** o **CONTRATANTE** tem ciência quanto a sua obrigação de entrar em contato prévio com a **CONTRATADA**, por intermédio de um de seus canais de atendimento, caso ocorra qualquer conflito relacionado ao presente Contrato e que nenhuma reclamação deve ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nem demanda judicial versando sobre os termos deste instrumento deve ser distribuída antes de que essa providência seja tomada, a fim de que se busque a composição de uma solução amigável para o pleito.

**17.3 – LIBERALIDADE DA CONTRATADA:** a autorização, por parte da **CONTRATADA**, para a cobertura de eventos não previstos ou excluídos neste Contrato não confere ao **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente Contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

**17.4 – TOLERÂNCIA:** a tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir do **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

**17.5 – NÃO PRESUNÇÃO:** não se admite a presunção de que a **CONTRATADA** ou o **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato ou de comunicação posterior por escrito.

**17.6 – SUB-ROGAÇÃO:** a **CONTRATADA** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações do **CONTRATANTE** contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado as despesas cobertas pela **CONTRATADA** ou para elas tenham concorrido, obrigando o **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

**17.7 – ENVIO DE INFORMAÇÕES à ANS:** conforme disposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em resolução normativa própria, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos **BENEFICIÁRIOS** é responsabilidade da **CONTRATADA**, que as enviará por intermédio do Coordenador Médico de Informações em Saúde que houver cadastrado perante a Agência. Resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais do Coordenador, a **CONTRATADA** responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, os quais serão preservados de acordo com a garantia de sigilo médico de informações.

**17.8 – DECLARAÇÕES:** o **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, declarando, ainda, que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas neste Contrato, principalmente no que tange à elegibilidade destes, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente pelo ressarcimento de perdas e danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento desta obrigação.

## **18 | Cláusula Décima Oitava**

### **DO FORO**

**18.1** – Fica eleito o foro de domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### Anexo de Cobertura

Neste documento, são apresentados as COBERTURAS E OS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS no Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica Pessoa Física – Ouro Orto (700DPFOO).

Este Contrato contempla todas as coberturas e procedimentos previstos como segmentação odontológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento e que são garantidos em todos os produtos de segmentação odontológica; também as coberturas adicionais que são aquelas que excedem as previsões da ANS e que serão prestados sempre que se verificar a ocorrência de riscos previstos e cobertos pelo Contrato, desde que o evento não se enquadre como “risco excluído” ou “não coberto”.

O **CONTRATANTE** declara conhecer e aceitar os termos deste Anexo, em especial quando ele tratar de cláusulas limitativas que, eventualmente, se encontrem dispersas ao longo do texto.

O **BENEFICIÁRIO** poderá utilizar as coberturas durante o prazo de vigência do Contrato e dentro da área geográfica de abrangência do produto contratado.

#### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

| Código   | Descrição                                                                               | Tradução Procedimento                                                                                                    | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 11200    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM HORARIO COMERCIAL                                  | Consulta para sanar uma situação, de dor ou incômodo de forma curativa e não definitiva em clínicas em horário comercial | ✓                   |
| 11318    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 HS- SIMPLES                                        | Consulta para sanar uma situação, de dor ou incômodo de forma curativa e não definitiva em clínicas 24 horas             | ✓                   |
| 81000049 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA                                                       | Consulta para sanar uma situação, de dor ou incômodo de forma curativa e não definitiva                                  | ✓                   |
| 81000057 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 HS                                                 | Consulta para sanar uma situação, de dor ou incômodo de forma curativa e não definitiva em clínicas 24 horas             | ✓                   |
| 82000468 | CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Controle de sangramento excessivo, com aplicação de agente que para o sangramento em região buco-maxilo-facial           | ✓                   |
| 82000484 | CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Controle de sangramento excessivo em região buco-maxilo-facial                                                           | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                                                     | Tradução Procedimento                                                                                                        | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 82001022 | INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Procedimento cirúrgico para incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou inflamação da região buco-maxilo-facial | ✓                   |
| 82001030 | INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Procedimento cirúrgico Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial         | ✓                   |
| 82001251 | REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO                                                             | Recolocação de um dente que por motivo de trauma foi expelido do alvéolo (local que raiz do dente fica)                      | ✓                   |
| 82001308 | REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL                                                                   | Remoção de um tubo cirúrgico de uma ferida fora da boca                                                                      | ✓                   |
| 82001316 | REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL                                                                   | Remoção de um tubo cirúrgico de uma ferida dentro da boca                                                                    | ✓                   |
| 82001499 | SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                                                 | União das paredes de uma ferida (Pontos)                                                                                     | ✓                   |
| 82001650 | TRATAMENTO DE ALVEOLITE                                                                       | Tratamento da inflamação do alvéolo, local onde a raiz do dente ficava antes de ser removido.                                | ✓                   |
| 83000127 | PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO                                                                   | Procedimento da retirada de parte da polpa (nervo) do dente de leite                                                         | ✓                   |
| 85000787 | IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS                                                      | Técnica utilizada para fixação de dentes de leite                                                                            | ✓                   |
| 85100013 | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO                                                                      | Colocação de um medicamento, sobre a exposição da polpa do dente, na tentativa de permitir a cicatrização                    | ✓                   |
| 85100048 | COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS                                                               | Procedimento para colar um pedaço do dente quebrado                                                                          | ✓                   |
| 85200034 | PULPECTOMIA                                                                                   | Procedimento da retirada total da polpa (nervo) do dente                                                                     | ✓                   |
| 85200042 | PULPOTOMIA                                                                                    | Procedimento da retirada de parte da polpa (nervo) do dente                                                                  | ✓                   |
| 85300080 | TRATAMENTO DE PERICORONARITE                                                                  | Tratamento de inflamação da gengiva de um dente que está recoberto pela mesma                                                | ✓                   |
| 85400467 | RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS                                                          | Recolocação de uma coroa/prótese que se soltou                                                                               | ✓                   |
| 85400475 | REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA                                                             | Melhorar o ajuste e adaptação da coroa provisória                                                                            | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### CONSULTA

| Código   | Descrição                                                                                                      | Tradução Procedimento                                                                                                                                                         | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 81000014 | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA                                                                                 | Método que possibilita o dentista realizar o tratamento odontológico em crianças                                                                                              | ✓                   |
| 81000030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                                                                          | Consulta inicial, realizada pelo dentista para a avaliação do paciente                                                                                                        | ✓                   |
| 81000065 | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL                                                                                  | Consulta inicial, realizada pelo dentista para a avaliação do paciente                                                                                                        | ✓                   |
| 81000073 | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA                                                      | Consulta inicial para a avaliação do paciente                                                                                                                                 | ✓                   |
| 82000700 | ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA                                           | Manobra realizada, por meio de contenção física e/ou mecânica, a fim de proteger o paciente com necessidades especiais e possibilitar a realização do tratamento odontológico | ✓                   |
| 87000032 | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS                                       | Método que possibilita o dentista realizar o tratamento odontológico em pacientes com necessidades especiais                                                                  | ✓                   |
| 87000148 | ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAS EM ODONTOLOGIA | Manobra realizada, por meio de contenção física e/ou mecânica, a fim de proteger o paciente e possibilitar a realização do tratamento odontológico                            | ✓                   |

### RADIOLOGIA

| Código | Descrição                                                    | Tradução Procedimento                                                                                                                                                | Dental<br>Ouro Orto |
|--------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 398    | ANALISE FACIAL ADICIONAL                                     | Análise cefalométrica da face                                                                                                                                        | Não coberto         |
| 12103  | DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA BASICA                              | Conjunto de exames realizado em laboratório de radiologia, para o dentista avaliar e diagnosticar a necessidade de tratamento com aparelho ortodôntico               | ✓                   |
| 12152  | RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA                | Raio X feito da coroa e raiz do dente para avaliação completa do dente. Exame feito em clínica radiológica                                                           | ✓                   |
| 12164  | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA | Raio X feito dentro da boca, para a investigação de cárie e restauração na região entre os dentes onde eles normalmente se tocam. Exame feito em clínica radiológica | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### RADIOLOGIA (continuação)

| Código   | Descrição                                      | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                         | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 12176    | RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA     | Raio X que é feito dentro da boca, para avaliar a posição de restos de raízes, dentes que estão dentro do osso (incluso) e dentes que vieram a mais (supranumerários). Exame realizado em clínica radiológica | ✓                   |
| 12341    | DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA COMPLETA              | Conjunto de exames realizado em laboratório de radiologia, para o dentista avaliar e diagnosticar a necessidade de tratamento com aparelho ortodôntico                                                        | ✓                   |
| 12353    | DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA ESPECIAL              | Conjunto de exames realizado em laboratório de radiologia, para o dentista avaliar e diagnosticar a necessidade de tratamento com aparelho ortodôntico                                                        | ✓                   |
| 12389    | TELERRADIOGRAFIA FRONTAL                       | Raio X feito fora da boca que mostra estruturas ósseas da região de cabeça e pescoço de frente                                                                                                                | ✓                   |
| 32084    | RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA         | Exame realizado em laboratório de radiologia, para o dentista avaliar e diagnosticar possíveis fraturas/lesões na região                                                                                      | ✓                   |
| 42627    | ANALISE DE MODELOS - DISCREPANCIA              | Estudo dos modelos para avaliação dos espaços                                                                                                                                                                 | Não coberto         |
| 42639    | TELERRADIOGRAFIA FRONTAL COM TRAÇADO           | Raio X feito fora da boca que mostra estruturas ósseas da região de cabeça e pescoço de frente, com estudos de traçados                                                                                       | ✓                   |
| 81000278 | FOTOGRAFIA                                     | Fotografia com finalidade de avaliação                                                                                                                                                                        | ✓                   |
| 81000294 | LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO) | Realização de radiografias periapicais, para auxiliar na avaliação e conclusão do diagnóstico                                                                                                                 | ✓                   |
| 81000324 | RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR                   | Exame por imagem, feita fora da cavidade bucal usada para localização das fraturas; na pesquisa e localização de elementos que não fazem parte do nosso corpo                                                 | ✓                   |
| 81000340 | RADIOGRAFIA DA ATM                             | Raio X da articulação que faz a abertura e fechamento da boca, utilizada para a avaliação do posicionamento da articulação nas posições boca aberta (máxima abertura), repouso e boca fechada (em oclusão)    | ✓                   |
| 81000375 | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING          | Raio X feito dentro da boca, para a investigação de cárie e restauração na região entre os dentes onde eles normalmente se tocam. Exame feito no próprio consultório do dentista                              | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### RADIOLOGIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                                  | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                             | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 81000383 | RADIOGRAFIA OCLUSAL                                                        | Raio X que é feito dentro da boca, para avaliar a posição de restos de raízes, dentes que estão dentro do osso (incluso) e dentes que vieram a mais (supranumerários). Exame realizado no consultório do dentista | ✓                   |
| 81000405 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)             | Raio X feito fora da boca que mostra todos os dentes da boca, para avaliação da posição dos dentes                                                                                                                | ✓                   |
| 81000421 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL                                                     | Raio X feito da coroa e raiz do dente para avaliação completa do dente. Exame feito no consultório do dentista                                                                                                    | ✓                   |
| 81000430 | RADIOGRAFIA PÓSTERO-ANTERIOR                                               | Exame por imagem, feita fora da cavidade bucal usada para localização das fraturas; na pesquisa e localização de elementos que não fazem parte do nosso corpo                                                     | ✓                   |
| 81000472 | TELERRADIOGRAFIA                                                           | Raio X feito fora da boca que mostra estruturas ósseas da região de cabeça e pescoço                                                                                                                              | ✓                   |
| 81000480 | TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO                                 | Raio X feito fora da boca que mostra estruturas ósseas da região de cabeça e pescoço, com estudo de traçados                                                                                                      | ✓                   |
| 81000537 | TRAÇADO CEFALOMÉTRICO                                                      | Estudo das dimensões (medidas), das estruturas do crânio e da face                                                                                                                                                | ✓                   |
| 81000553 | DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA EM MÍDIA DIGITAL (GRAVAÇÃO DO EXAME RADIOLÓGICO) | Exame feito em laboratório de radiologia, para o dentista avaliar e diagnosticar a necessidade de tratamento com aparelho ortodôntico, em mídia digital                                                           | ✓                   |
| 81000561 | RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA                                     | Raio X para investigar a presença de lesão ou fratura na região da parte de baixo da boca, no corpo da mandíbula                                                                                                  | ✓                   |

### ODONTOLOGIA PREVENTIVA

| Código | Descrição                                      | Tradução Procedimento                                                                                      | Dental<br>Ouro Orto |
|--------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 13080  | ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL                        | Conjunto de procedimentos odontológicos que visa criar um ambiente oral saudável                           | ✓                   |
| 13162  | EVIDENCIAÇÃO DE PLACA                          | Procedimento que utiliza um corante para tornar visível as áreas dos dentes que precisam de melhor limpeza | ✓                   |
| 14362  | PREVENÇÃO MÓDULO 1 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM) | Limpeza da coroa do dente e parte da gengiva e polimento da coroa                                          | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

| Código   | Descrição                                        | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                           | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 14373    | PERIODONTIA MÓDULO 2 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM) | Limpeza da coroa do dente e parte da gengiva e polimento da coroa                                                                                                                               | ✓                   |
| 83000020 | COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO                | Coroa confeccionada em acetado, no laboratório (prótese dentária da cor do dente), para dente de leite. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões    | ✓                   |
| 83000046 | COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO                    | Coroa confeccionado em metal, no laboratório (prótese dentária) para dente de leite. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                       | ✓                   |
| 83000062 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO          | Coroa confeccionado em policarbonato, no laboratório (prótese dentária cor do dente), para dente de leite. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões | ✓                   |
| 83000097 | MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO                        | Aparelho fixo, que tem como objetivo manter o espaço que era ocupado por um dente removido                                                                                                      | ✓                   |
| 83000100 | MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL                   | Aparelho removível, que tem como objetivo manter o espaço que era ocupado por um dente removido                                                                                                 | ✓                   |
| 84000031 | APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO                        | Aplicação de uma substância que paralisa o progresso da cárie                                                                                                                                   | ✓                   |
| 84000058 | APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA          | Aplicação de uma substância no dente que previne a cárie com desgaste das ranhuras do dente                                                                                                     | ✓                   |
| 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS      | Aplicação de uma substância nas ranhuras do dente que previne a cárie                                                                                                                           | ✓                   |
| 84000090 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR                        | Aplicação de flúor no dente para prevenir a cárie                                                                                                                                               | ✓                   |
| 84000112 | APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO            | Aplicação de verniz com flúor no dente para prevenir a cárie                                                                                                                                    | ✓                   |
| 84000139 | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL               | Orientação para realizar higiene bucal                                                                                                                                                          | ✓                   |
| 84000163 | CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)          | Método para realizar a remoção de placa bacteriana do dente                                                                                                                                     | ✓                   |
| 84000171 | CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE                     | Controle e prevenção da progressão da cárie                                                                                                                                                     | ✓                   |
| 84000198 | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO                  | Procedimento que o dentista realiza a limpeza e polimento da coroa do dente, utilizando pasta de profilaxia e instrumental                                                                      | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

| Código   | Descrição                                                                                            | Tradução Procedimento                                                                                        | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 84000201 | REMINERALIZAÇÃO                                                                                      | Procedimento para devolver ao dente minerais perdidos, está relacionado a sensibilidade dentária             | ✓                   |
| 85100269 | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA                                                                         | Procedimento para minimizar e tratar a sensibilidade do dente                                                | ✓                   |
| 85300012 | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA                                                                           | Procedimento para minimizar e tratar a sensibilidade do dente                                                | ✓                   |
| 85300055 | REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)                                | Remoção de elementos retentivos, diminuindo o acúmulo de placa (obturação com excesso)                       | ✓                   |
| 87000016 | ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | Orientação para realizar higiene bucal para os pais e/ou os cuidadores de pessoas com necessidades especiais | ✓                   |
| 87000024 | ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES                                                        | Orientação para realizar higiene bucal para os pais e os cuidadores de pessoas com necessidades especiais    | ✓                   |

### DIAGNÓSTICO

| Código   | Descrição                                                                           | Tradução Procedimento                                                                                                   | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 81000111 | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Avaliação e diagnóstico macro e microscópico de tecidos e células em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial | ✓                   |
| 81000138 | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL   | Avaliação e diagnóstico macro e microscópico de tecidos e células em material de biópsia na região buco-maxilo-facial   | ✓                   |
| 81000154 | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL        | Avaliação e diagnóstico macro e microscópico de tecidos e células em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial        | ✓                   |
| 81000170 | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                | Avaliação e diagnóstico macro e microscópico de tecidos e células em punção na região buco-maxilo-facial                | ✓                   |
| 81000197 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA                                    | Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética                                                                        | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### DIAGNÓSTICO (continuação)

| Código   | Descrição                                            | Tradução Procedimento                                                                                                                                   | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 81000200 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE | Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose                                                                                                    | ✓                   |
| 81000219 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE                 | Diagnóstico e tratamento de mau hálito                                                                                                                  | ✓                   |
| 81000235 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA               | Diagnóstico e tratamento de baixa produção de saliva (boca seca)                                                                                        | ✓                   |
| 81000243 | DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO                  | Diagnóstico por meio de uma reprodução dos dentes em cera                                                                                               | ✓                   |
| 82000239 | BIÓPSIA DE BOCA                                      | Procedimento cirúrgico, que colhe uma amostra de tecido da boca, para estudo em laboratório                                                             | ✓                   |
| 82000247 | BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR                          | Procedimento cirúrgico, que colhe uma amostra de tecido da glândula que produz saliva, para estudo em laboratório                                       | ✓                   |
| 82000255 | BIÓPSIA DE LÁBIO                                     | Procedimento cirúrgico, que colhe uma amostra de tecido do lábio, para estudo em laboratório                                                            | ✓                   |
| 82000263 | BIÓPSIA DE LÍNGUA                                    | Procedimento cirúrgico, que colhe uma amostra de tecido da língua, para estudo em laboratório                                                           | ✓                   |
| 82000271 | BIÓPSIA DE MANDÍBULA                                 | Procedimento cirúrgico, que colhe uma amostra de tecido da mandíbula, para estudo em laboratório                                                        | ✓                   |
| 82000280 | BIÓPSIA DE MAXILA                                    | Procedimento cirúrgico, que colhe uma amostra de tecido da maxila, para estudo em laboratório                                                           | ✓                   |
| 84000228 | TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA                 | Exame da propriedade que a saliva tem de manter o seu pH regular                                                                                        | ✓                   |
| 84000236 | TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA                     | Exame de contagem de micro-organismos totais presentes na boca                                                                                          | ✓                   |
| 84000244 | TESTE DE FLUXO SALIVAR                               | Exame que mede a quantidade de saliva produzida (fluxo salivar) num determinado intervalo de tempo. O fluxo salivar é importante para a limpeza da boca | ✓                   |
| 84000252 | TESTE DE PH SALIVAR                                  | Exame que avalia o pH da saliva, com fitas de teste pH                                                                                                  | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### CIRURGIA

| Código   | Descrição                                                | Tradução Procedimento                                                                                                             | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 82000034 | ALVEOLOPLASTIA                                           | Remoção cirúrgica de irregularidades na região óssea da retirada de um dente                                                      | ✓                   |
| 82000050 | AMPUTAÇÃO RADICULAR COM<br>OBTURAÇÃO RETRÓGRADA          | Remoção de uma raiz do dente com inserção de material restaurador                                                                 | ✓                   |
| 82000069 | AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM<br>OBTURAÇÃO RETRÓGRADA          | Remoção de uma raiz do dente sem inserção de material restaurador                                                                 | ✓                   |
| 82000077 | APICETOMIA BIRRADICULARES COM<br>OBTURAÇÃO RETRÓGRADA    | Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com duas raízes) e inserção de material restaurador                               | ✓                   |
| 82000085 | APICETOMIA BIRRADICULARES SEM<br>OBTURAÇÃO RETRÓGRADA    | Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com duas raízes) sem inserção de material restaurador                             | ✓                   |
| 82000158 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM<br>OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com três ou mais raízes) e inserção de material restaurador                       | ✓                   |
| 82000166 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM<br>OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com três ou mais raízes) sem inserção de material restaurador                     | ✓                   |
| 82000174 | APICETOMIA UNIRRADICULARES COM<br>OBTURAÇÃO RETRÓGRADA   | Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com uma raiz) e inserção de material restaurador                                  | ✓                   |
| 82000182 | APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM<br>OBTURAÇÃO RETRÓGRADA   | Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com uma raiz) sem inserção de material restaurador                                | ✓                   |
| 82000190 | APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE<br>VESTÍBULO                   | Procedimento cirúrgico, de aumento da região entre a gengiva e os lábios ou bochechas, para melhor adaptar prótese dentária total | ✓                   |
| 82000298 | BRIDECTOMIA                                              | Remoção parcial das bridas (estruturas fibrosas que temos na boca)                                                                | ✓                   |
| 82000301 | BRIDOTOMIA                                               | Remoção total das bridas (estruturas fibrosas que temos na boca)                                                                  | ✓                   |
| 82000352 | CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR                           | Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância do osso, na parte da frente da gengiva                      | ✓                   |
| 82000360 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR<br>BILATERAL              | Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância do osso, nos dois lados da mandíbula                        | ✓                   |
| 82000387 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR<br>UNILATERAL             | Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância do osso, em um dos lados da mandíbula                       | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### CIRURGIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                                      | Tradução Procedimento                                                                                               | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 82000395 | CIRURGIA PARA TORUS PALATINO                                                   | Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância do osso, no palato (céu da boca)              | ✓                   |
| 82000441 | COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Coleta de material biológico em lesões ou regiões específicas da região buco-maxilo-facial                          | ✓                   |
| 82000557 | CUNHA PROXIMAL                                                                 | Procedimento cirúrgico, para a remoção de tecido gengival, que impossibilita a realização de um tratamento no dente | ✓                   |
| 82000743 | EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                                 | Procedimento cirúrgico para retirar o lipoma                                                                        | ✓                   |
| 82000778 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR                                          | Procedimento cirúrgico, para retirar uma parte ou a totalmente o cálculo salivar                                    | ✓                   |
| 82000786 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS                                     | Procedimento cirúrgico, para retirar uma parte ou totalmente, cistos odontológicos                                  | ✓                   |
| 82000794 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE                                                 | Procedimento cirúrgico, para retirar uma parte ou totalmente, a mucocele                                            | ✓                   |
| 82000808 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA                                                   | Procedimento cirúrgico, para retirar uma parte ou a totalmente, a ranula                                            | ✓                   |
| 82000816 | EXODONTIA A RETALHO                                                            | Remoção de dente através de retalho da gengiva                                                                      | ✓                   |
| 82000832 | EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA                    | Remoção de dente permanente para tratamento ortodôntico e/ou de prótese dentária                                    | ✓                   |
| 82000859 | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL                                                     | Procedimento cirúrgico para remover raiz residual do dente                                                          | ✓                   |
| 82000875 | EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE                                                | Remoção de dente permanente                                                                                         | ✓                   |
| 82000883 | FRENULECTOMIA LABIAL                                                           | Procedimento cirúrgico que consiste na remoção do tecido fibroso (freio) do lábio                                   | ✓                   |
| 82000891 | FRENULECTOMIA LINGUAL                                                          | Procedimento cirúrgico que consiste na remoção do tecido fibroso (freio) da língua                                  | ✓                   |
| 82000905 | FRENULOTOMIA LABIAL                                                            | Procedimento cirúrgico que consiste na remover parcial ou reposicionamento do tecido fibroso (freio) do lábio       | ✓                   |
| 82000913 | FRENULOTOMIA LINGUAL                                                           | Procedimento cirúrgico que consiste na remover parcial ou reposicionamento do tecido fibroso (freio) da língua      | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### CIRURGIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                                       | Tradução Procedimento                                                                                                     | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 82001049 | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO                                  | Procedimento cirúrgico para correção da altura do tecido ósseo maxilar, utilizando mineral ósseo do próprio paciente      | Não coberto         |
| 82001057 | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMÓLOGO                                  | Procedimento cirúrgico para correção da altura do tecido ósseo maxilar, utilizando mineral ósseo                          | Não coberto         |
| 82001065 | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO                               | Procedimento cirúrgico para correção da altura do tecido ósseo maxilar, utilizando mineral ósseo liofilizado              | Não coberto         |
| 82001073 | ODONTO-SECÇÃO                                                                   | Procedimento cirúrgico, que consiste na separação das raízes, de um dente com mais de uma raiz, com comprometimento       | ✓                   |
| 82001103 | PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                                  | Procedimento cirúrgico para investigar, removendo uma amostra de células do tecido, lesão ou massa                        | ✓                   |
| 82001120 | PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL             | Procedimento cirúrgico para investigar, removendo uma amostra de células do tecido, lesão ou massa, com auxílio de imagem | ✓                   |
| 82001154 | RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL                                            | Cirurgia para reconstrução de fenda no lábio e na gengiva (Lábio leporino)                                                | ✓                   |
| 82001170 | REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA                                     | Cirurgia para reposicionar os fragmentos após uma fratura da região onde está a raiz do dente                             | ✓                   |
| 82001189 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA                                   | Cirurgia para reposicionar os fragmentos após uma fratura da região onde está a raiz do dente                             | ✓                   |
| 82001286 | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS                                         | Procedimento cirúrgico realizado para remover dentes com indicação, que se encontram dentro da gengiva e/ou osso          | ✓                   |
| 82001294 | EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS                                         | Remoção de dente semi-incluso e impactado                                                                                 | ✓                   |
| 82001367 | REMOÇÃO DE ODONTOMA                                                             | Cirurgia para remoção da lesão que está relacionada a um dente (odontoma)                                                 | ✓                   |
| 82001391 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL   | Retirada de corpo estranho da região buco-maxilo-facial                                                                   | ✓                   |
| 82001413 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Retirada de corpo estranho da região buco-maxilo-facial                                                                   | ✓                   |
| 82001464 | SEPULTAMENTO RADICULAR                                                          | Remoção da coroa do dente do ciso, nos casos de raízes do dente próximas ao nervo                                         | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### CIRURGIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                                                               | Tradução Procedimento                                                                                                           | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 82001510 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL                                                            | Tratamento de inchado relacionado a uma inflamação na região buco nasal                                                         | ✓                   |
| 82001529 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL                                                          | Tratamento de inchado relacionado a uma inflamação na região buco nasal                                                         | ✓                   |
| 82001553 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                      | Cirurgia nos casos de aumento de tecido moles na região buco-maxilo-facial                                                      | ✓                   |
| 82001588 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/ CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL     | Cirurgia nos casos de aumento de tecidos ósseos/ cartilagosos na região buco-maxilo-facial                                      | ✓                   |
| 82001596 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/ CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Cirurgia nos casos de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilagosos na região buco-maxilo-facial                             | ✓                   |
| 82001618 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                 | Cirurgia nos casos de tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial                                            | ✓                   |
| 82001634 | TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO                               | Cirurgia nos casos de tumores odontogênicos benignos sem reconstrução                                                           | ✓                   |
| 82001685 | TUNELIZAÇÃO                                                                                             | Tunelização                                                                                                                     | ✓                   |
| 82001707 | ULECTOMIA                                                                                               | Cirurgia para remover capuz de gengiva que está em cima do dente, para permitir que o dente saia de dentro da gengiva (erupção) | ✓                   |
| 82001715 | ULOTOMIA                                                                                                | Cirurgia para remover parte gengiva que está em cima do dente, para permitir que o dente saia de dentro da gengiva (erupção)    | ✓                   |
| 82001731 | EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/ IMPACTADO SUPRA NUMERÁRIO                                                    | Remoção de dente semi-inclusos, impactados e supranumerário                                                                     | ✓                   |
| 82001740 | EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRA NUMERÁRIO                                                          | Remoção de dente inclusos, impactados e supranumerários                                                                         | ✓                   |
| 83000089 | EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO                                                                            | Remoção de dente de leite                                                                                                       | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### DENTÍSTICA

| Código   | Descrição                                                    | Tradução Procedimento                                                                                                                                     | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 15252    | RESTAURACAO A PINO INTRADENTINÁRIO                           | Estrutura cimentada dentro do dente com tratamento de canal, a fim de suportar uma restauração grande                                                     | ✓                   |
| 15264    | RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR                          | Obturação feita em resina da cor do dente, recobrindo e protegendo a raiz do dente exposta                                                                | ✓                   |
| 83000135 | RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO                     | Obturação feita com ionômero de vidro em dente de leite                                                                                                   | ✓                   |
| 85100064 | FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL- DENTES ANTERIORES | Confecção da boca do paciente de uma lâmina feita em resina, na frente de dente anteriores que estejam: trincados ou manchados                            | ✓                   |
| 85100080 | RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE                  | Obturação feita com ionômero de vidro em dente permanente                                                                                                 | ✓                   |
| 85100099 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE                             | Obturação confeccionada em metal, que recobre uma parede do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo (pre molares e molares)                    | ✓                   |
| 85100102 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES                            | Obturação confeccionada em metal, que recobre duas paredes do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo (pre molares e molares)                  | ✓                   |
| 85100110 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES                            | Obturação confeccionada em metal, que recobre três paredes do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo (pre molares e molares)                  | ✓                   |
| 85100129 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES                            | Obturação confeccionada em metal, que recobre quatro paredes do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo (pre molares e molares)                | ✓                   |
| 85100137 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE                    | Obturação confeccionada com o material ionômero de vidro em dentes de leite, que recobre uma parede do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo | ✓                   |
| 85100145 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES                   | Obturação confeccionada com o material ionômero de vidro em dentes de leite, que recobre uma parede do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo | ✓                   |
| 85100153 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 FACES                   | Obturação confeccionada com o material ionômero de vidro em dentes de leite, que recobre uma parede do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo | ✓                   |
| 85100161 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 4 FACES                   | Obturação confeccionada com o material ionômero de vidro em dentes de leite, que recobre uma parede do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### DENTÍSTICA (continuação)

| Código   | Descrição                                       | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                       | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 85100196 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE  | Obturação feita em resina da cor do dente, recobrindo uma parede do dente, após a remoção da cárie                                                                                                          | ✓                   |
| 85100200 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | Obturação feita em resina da cor do dente, recobrindo duas paredes do dente, após a remoção da cárie                                                                                                        | ✓                   |
| 85100218 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | Obturação feita em resina da cor do dente, recobrindo três paredes do dente, após a remoção da cárie                                                                                                        | ✓                   |
| 85100226 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES | Obturação feita em resina da cor do dente, recobrindo quatro paredes do dente, após a remoção da cárie                                                                                                      | ✓                   |
| 85100234 | TRATAMENTO DE FLUOROSE - MICROABRASÃO           | Tratamento de mancha no dente, causado por flúor, com material abrasivo                                                                                                                                     | ✓                   |
| 85200085 | RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE  | Procedimento de cobrir dente que está aberto, devido a cárie ou restauração que caiu, com material provisório, com o objetivo de diminuir desconforto e dor e depois, obter o dente com material definitivo | ✓                   |
| 85400017 | AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO                    | Estabilização da mordida acrescentando material                                                                                                                                                             | ✓                   |
| 85400025 | AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO            | Estabilização da mordida por desgaste                                                                                                                                                                       | ✓                   |
| 85400211 | NÚCLEO DE PREENCHIMENTO                         | Estrutura feita dentro do dente com tratamento de canal, para suportar uma coroa ou prótese. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                           | ✓                   |

### PERIODONTIA

| Código   | Descrição                                                 | Tradução Procedimento                                                                                         | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 14350    | CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL                            | Procedimento cirúrgico para limpar a raiz do dente e eliminar a infecção                                      | ✓                   |
| 14385    | PERIODONTIA MÓDULO 3 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM PROFUNDA) | Limpeza profunda da gengiva e polimento da coroa                                                              | ✓                   |
| 14397    | GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO                                | Procedimento cirúrgico, para a remoção de excesso de tecido da gengiva de um dente, com finalidade reparadora | ✓                   |
| 82000212 | AUMENTO DE COROA CLÍNICA                                  | Aumento da parte do dente que fica fora da gengiva                                                            | ✓                   |
| 82000344 | CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS        | Procedimento cirúrgico realizado com aplicação de mineral ósseo na região                                     | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### PERIODONTIA (continuação)

| Código   | Descrição                                      | Tradução Procedimento                                                                                                                             | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 82000417 | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO                 | Procedimento cirúrgico na gengiva para realização de uma limpeza mais profunda para promover a diminuição da bolsa periodontal                    | ✓                   |
| 82000581 | ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA     | Procedimento cirúrgico que substitui o osso perdido de uma região da cavidade bucal, utilizando mineral osso da linha oblíqua do próprio paciente | Não coberto         |
| 82000603 | ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO             | Procedimento cirúrgico que substitui o osso perdido de uma região da cavidade bucal, utilizando mineral ósseo do mento do próprio paciente        | Não coberto         |
| 82000620 | ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO                   | Procedimento cirúrgico que substitui o osso perdido de uma região da cavidade bucal, utilizando mineral ósseo liofilizado                         | Não coberto         |
| 82000662 | ENXERTO GENGIVAL LIVRE                         | Procedimento cirúrgico que substitui tecido da gengiva perdido                                                                                    | ✓                   |
| 82000689 | ENXERTO PEDICULADO                             | Procedimento cirúrgico que substitui tecido da gengiva perdido                                                                                    | ✓                   |
| 82000921 | GENGIVECTOMIA                                  | Procedimento cirúrgico, para a remoção de excesso de tecido da gengiva, com finalidade reparadora                                                 | ✓                   |
| 82000948 | GENGIVOPLASTIA                                 | Procedimento cirúrgico com finalidade estética, que consiste na diminuição das gengivas para uma maior exposição do dente                         | ✓                   |
| 82001243 | REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA RTG                | Procedimento para a colocação de uma membrada na ferida para evitar o contato do tecido da gengiva na ferida, com isso ter uma boa cicatrização   | Não coberto         |
| 85300020 | IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES    | Técnica utilizada para fixação de dentes permanente                                                                                               | ✓                   |
| 85300039 | RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR     | Limpeza profunda da gengiva e polimento da coroa                                                                                                  | ✓                   |
| 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                        | Limpeza da coroa do dente e parte da gengiva e polimento da coroa                                                                                 | ✓                   |
| 85300063 | TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO       | Tratamento para inflamação e inchaço da gengiva e partes adjacentes                                                                               | ✓                   |
| 85300071 | TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA | Tratamento de inflamação na gengiva                                                                                                               | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### ENDODONTIA

| Código   | Descrição                                                 | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 17165    | UTILIZAÇÃO DE MICROSCÓPIO EM ENDODONTIA                   | Instrumento que auxilia no tratamento de canal, facilitando a visualização da região a ser tratada                                                                                                                                                                                   | Não coberto         |
| 83000151 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO                   | Tratamento realizado no canal do dente de leite (duas raízes), com remoção da polpa (nervo), desinfecção do canal                                                                                                                                                                    | ✓                   |
| 85100056 | CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA                          | Material temporário colocado durante o tratamento realizado no canal do dente                                                                                                                                                                                                        | ✓                   |
| 85200018 | CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO                        | Clareamento de dente escurecido pelo tratamento de canal                                                                                                                                                                                                                             | ✓                   |
| 85200050 | REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL                      | Remoção de corpo estranho que está dentro do canal                                                                                                                                                                                                                                   | ✓                   |
| 85200077 | REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR                         | Remoção da estrutura metálica (pino) de dentro do canal                                                                                                                                                                                                                              | ✓                   |
| 85200093 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR                     | Reconfecção do tratamento de canal em dentes com duas raízes, devido a reinfecção no canal do dente, já tratado anteriormente. Nesse procedimento é realizada a remoção do material obturador, nova desinfecção do canal e novo preenchimento da raiz com material obturador         | ✓                   |
| 85200107 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR                  | Reconfecção do tratamento de canal em dentes com mais de duas raízes, devido a reinfecção no canal do dente, já tratado anteriormente. Nesse procedimento é realizada a remoção do material obturador, nova desinfecção do canal e novo preenchimento da raiz com material obturador | ✓                   |
| 85200115 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR                    | Reconfecção do tratamento de canal em dentes com uma raiz, devido a reinfecção no canal do dente, já tratado anteriormente. Nesse procedimento é realizada a remoção do material obturador, nova desinfecção do canal e novo preenchimento da raiz com material obturador            | ✓                   |
| 85200123 | TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA                      | Tratamento de perfuração no canal                                                                                                                                                                                                                                                    | ✓                   |
| 85200131 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA | Tratamento realizado no canal do dente sendo feita a remoção da polpa (nervo), desinfecção do canal                                                                                                                                                                                  | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### ENDODONTIA (continuação)

| Código   | Descrição                              | Tradução Procedimento                                                                                                                                           | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 85200140 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR    | Tratamento realizado no canal do dente (duas raízes), com remoção da polpa (nervo), desinfecção do canal e preenchimento da raiz com material obturador         | ✓                   |
| 85200158 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR | Tratamento realizado no canal do dente (mais de duas raízes), com remoção da polpa (nervo), desinfecção do canal e preenchimento da raiz com material obturador | ✓                   |
| 85200166 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR   | Tratamento realizado no canal do dente (uma raiz), com remoção da polpa (nervo), desinfecção do canal e preenchimento da raiz com material obturador            | ✓                   |

### PRÓTESE DO ROL

| Código   | Descrição                                                       | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                                              | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 41227    | NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO | Estrutura cimentada dentro do dente com tratamento de canal, a fim de suportar uma coroa ou prótese. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                          | ✓                   |
| 85200026 | PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR                             | Procedimento que prepara o canal do dente para suportar o retentor intrarradicular                                                                                                                                                                                 | ✓                   |
| 85400076 | COROA PROVISÓRIA COM PINO                                       | Coroa não definitiva com pino, utilizado durante o tratamento, antes da instalação da coroa definitiva. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                       | ✓                   |
| 85400084 | COROA PROVISÓRIA SEM PINO                                       | Coroa não definitiva sem pino, utilizado durante o tratamento, antes da instalação da coroa definitiva. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                       | ✓                   |
| 85400114 | COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)                     | Coroa para substituição, da coroa perdida de um dente, confeccionada em cerômero (da cor do dente), sobre a raiz de dente da frente (incisivos centrais, laterais e caninos). O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### PRÓTESE DO ROL (continuação)

| Código   | Descrição                                    | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                                      | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 85400149 | COROA TOTAL METÁLICA                         | Coroa para substituição, da coroa perdida de um dente, confeccionada em acrílico prensado (da cor do dente), sobre a raiz de dentes posterior (pré molares e molares).O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões | ✓                   |
| 85400220 | NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO                      | Estrutura de metal cimentada dentro do dente com tratamento de canal, a fim de recuperar estrutura dentária perdida. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                  | ✓                   |
| 85400262 | PINO PRÉ FABRICADO                           | Estrutura cimentada dentro do dente com tratamento de canal, a fim de suportar uma coroa ou prótese. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                  | ✓                   |
| 85400440 | PROVISÓRIO PARA INLAY/ONLAY                  | Um tipo de prótese: um bloco de resina cimentado na parte de cima dos dentes de trás (pré molares e molares)                                                                                                                                               | Não coberto         |
| 85400459 | PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA | Provisório utilizado durante o tratamento para proteger o dente, antes da instalação da peça definitiva. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                              | ✓                   |
| 85400505 | REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO                | Remoção da coroa/ prótese                                                                                                                                                                                                                                  | ✓                   |
| 85400556 | RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA                 | Bloco em metal para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão                                                   | ✓                   |
| 87000040 | COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE         | Coroa confeccionada em acetato, no laboratório (prótese dentária da cor do dente), para dente permanente em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões             | ✓                   |
| 87000059 | COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE             | Coroa confeccionada em metal, no laboratório (prótese dentária da cor do dente), para dente permanente em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões               | ✓                   |
| 87000067 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE   | Coroa confeccionada em policarbonato, no laboratório (prótese dentária da cor do dente), para dente permanente em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões       | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR-OROFACIAL

| Código   | Descrição                                                                 | Tradução Procedimento                                                                                                                                           | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 82001197 | REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)        | Cirurgia para reposicionar os fragmentos após uma fratura da região onde está a articulação que faz a boca abrir e fechar                                       | ✓                   |
| 82001642 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR - ATM | Tratamento para deslocamento da articulação têmporo-mandibular - ATM                                                                                            | Não coberto         |
| 85400246 | ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)                       | Placa confeccionada em resina acrílica, usada nos casos em que o paciente range os dentes (bruxismo) e para relaxamento muscular nos casos de apertar os dentes | Não coberto         |

### ODONTOLOGIA ESTÉTICA

| Código   | Descrição                                 | Tradução Procedimento                                    | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------|
| 8260     | CLAREAMENTO A LASER (2 ARCOS)             | Clareamento realizado em consultório                     | Não coberto         |
| 85100021 | CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO              | Clareamento de dente utilizando moldeira e gel clareador | ✓                   |
| 85100072 | PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO | Moldeira utilizada para clareamento dos dentes           | ✓                   |

### PRÓTESE EXTRA ROL

| Código | Descrição                                                   | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                    | Dental<br>Ouro Orto |
|--------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 4010   | PLANEJAMENTO EM PRÓTESE (MODELOS E MONTAGEM EM ARTICULADOR) | Planejamento para o tratamento                                                                                                                                                                                                                                                           | Não coberto         |
| 21105  | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS - UNILATERAL          | Prótese do tipo móvel (dentadura), com grampo de metal unilateral, para a reabilitação e devolver a função mastigatória na região sem dente, devido a perda por lesão de cárie ou remoção do dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões | Não coberto         |
| 21381  | CASQUETE DE MOLDAGEM                                        | Moldagem do dente para confecção da prótese definitiva                                                                                                                                                                                                                                   | Não coberto         |
| 41157  | ENCAIXE - MACHO OU FEMEA                                    | Peça usada para fixação da prótese definitiva                                                                                                                                                                                                                                            | Não coberto         |
| 41239  | FRESA (POR ELEMENTO)                                        | Peça usada para ajustar a prótese definitiva                                                                                                                                                                                                                                             | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

| Código   | Descrição                                                               | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                         | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 41264    | COROA TOTAL EM CERÔMERO- DENTES POSTERIORES                             | Coroa para substituição da coroa perdida de um dente, confeccionada em cerômero (da cor do dente), sobre a raiz do dente de trás(pré-molares e molares). O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões | ✓                   |
| 42640    | MODELO DE TRABALHO                                                      | Modelo feito em laboratório de radiologia para o dentista avaliar e planejar a confecção da peça protética final                                                                                                                              | ✓                   |
| 84000015 | APARELHO PROTETOR BUCAL                                                 | Protetor bucal                                                                                                                                                                                                                                | Não coberto         |
| 85100170 | RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY                                | Bloco em resina feito direto na boca, para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                     | Não coberto         |
| 85100188 | RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY                                | Bloco em resina feito direto na boca, para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                     | Não coberto         |
| 85400033 | CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO) | Conserto em próteses parciais. O conserto é feito no consultório e em laboratório                                                                                                                                                             | Não coberto         |
| 85400041 | CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)   | Conserto em próteses parciais. O conserto é feito pelo dentista exclusivamente no consultório                                                                                                                                                 | Não coberto         |
| 85400050 | CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)             | Conserto em próteses total. O conserto é feito no consultório e em laboratório                                                                                                                                                                | Não coberto         |
| 85400068 | CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)               | Conserto em próteses total. O conserto é feito pelo dentista exclusivamente no consultório                                                                                                                                                    | Não coberto         |
| 85400092 | COROA TOTAL ACRÍLICA PENSADA                                            | Coroa para substituição, da coroa perdida de um dente, confeccionada em acrílico prensado (da cor do dente), sobre a raiz do dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                      | Não coberto         |
| 85400106 | COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA                                            | Coroa para substituição, da coroa perdida de um dente, confeccionada em cerâmica pura (da cor do dente), sobre a raiz do dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                          | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

| Código   | Descrição                                                    | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 85400157 | COROA TOTAL METALO CERÂMICA                                  | Coroa para substituição, da coroa perdida de um dente, confeccionada em metal e cerâmica, sobre a raiz do dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão.                                                                                    | Não coberto         |
| 85400181 | FACETA EM CERÂMICA PURA                                      | Confecção em laboratório de uma lâmina feita em resina, na frente de dente anteriores que estejam: trincados ou manchados. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                                 | Não coberto         |
| 85400190 | FACETA EM CERÔMERO - DENTES ANTERIORES                       | Confecção em laboratório de uma lâmina feita em resina, para os dentes da frente que estejam: trincados ou manchados. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                                      | Não coberto         |
| 85400238 | ONLAY DE RESINA INDIRETA                                     | Bloco de resina confeccionado para a região que tritura o alimento dos dentes molares comprometidos                                                                                                                                                                                             | Não coberto         |
| 85400289 | PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISÓRIA)                     | Procedimento realizado diretamente na boca para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos provisório em resina, que são colados um ao lado do outro, sobre remanescente de dentes ou núcleos, utilizados durante o tratamento até a cimentação do definitivo        | Não coberto         |
| 85400297 | PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE) | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos em cerômero (sem metal), que são colados um ao lado do outro, sobre remanescente de dentes ou núcleos. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões   | Não coberto         |
| 85400300 | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA             | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos em metal e cerâmica, que são colados um ao lado do outro, sobre remanescente de dentes ou núcleos. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feita em uma única sessão | Não coberto         |
| 85400319 | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA             | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos em metal e resina, que são colados um ao lado do outro, sobre remanescente de dentes ou núcleos. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões         | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

| Código   | Descrição                                                              | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 85400335 | PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERÂMICA                                | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos de metal e cerâmica, cimentados sobre remanescente de dente ou núcleo. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                | Não coberto         |
| 85400351 | PRÓTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)              | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos em porcelana sem metal, cimentados sobre implante, para devolver a função e a estética aos dentes ausentes. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões           | Não coberto         |
| 85400360 | PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA                                        | Prótese fixa provisória para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, antes de realizar a prótese definitiva. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão                                                                                              | Não coberto         |
| 85400378 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO | Prótese do tipo móvel (dentadura), com encaixes de precisão ou de semi precisão, para a reabilitação e devolver a função mastigatória na região sem dente, devido a perda por lesão de cárie ou remoção do dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão | Não coberto         |
| 85400386 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL                        | Prótese do tipo móvel (dentadura), com grampo de metal bilateral, para a reabilitação e devolver a função mastigatória na região sem dente, devido a perda por lesão de cárie ou remoção do dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                      | Não coberto         |
| 85400394 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS    | Prótese do tipo móvel (dentadura) provisória com ou sem grampo, para reabilitação e devolver a função mastigatória após a remoção dos dentes, antes de realizar a prótese definitiva ou implante. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão                 | Não coberto         |
| 85400408 | PRÓTESE TOTAL                                                          | Prótese do tipo móvel (dentadura) que substitui todos os dentes de uma arcada, devolvendo a função e estética da região sem dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                                      | Não coberto         |
| 85400416 | PRÓTESE TOTAL IMEDIATA                                                 | Prótese do tipo móvel (dentadura) temporária confeccionada, após a remoção de todos os dentes da boca (correta indicação) e será trocada por uma prótese total definitiva após a cicatrização da cirurgia. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão        | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

| Código   | Descrição                                                             | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                       | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 85400424 | PRÓTESE TOTAL INCOLOR                                                 | Prótese do tipo móvel (dentadura) incolor, que substitui todos os dentes de uma arcada, devolvendo a função e estética da região sem dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões            | Não coberto         |
| 85400432 | PROVISÓRIO PARA FACETA                                                | Um tipo de prótese: uma lâmina de resina cimentada na parte da frente do dente                                                                                                                                                              | Não coberto         |
| 85400483 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO) | Reparo de prótese total usando moldagem. O procedimento é realizado no consultório do dentista                                                                                                                                              | Não coberto         |
| 85400491 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)  | Reparo de prótese total usando moldagem e resina. O procedimento é realizado no consultório do dentista                                                                                                                                     | Não coberto         |
| 85400513 | RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY                                  | Bloco em cerâmica para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                       | Não coberto         |
| 85400521 | RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY                                  | Bloco em cerâmica para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                       | Não coberto         |
| 85400530 | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY                                       | Bloco em cerômero para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                       | Não coberto         |
| 85400548 | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY                                       | Bloco em cerômero para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                       | Não coberto         |
| 85400580 | JIG OU FRONT PLATO - ÓRTESE REPOSICIONADORA                           | Dispositivo usado para reposicionar a mordida chamado jig ou front plato                                                                                                                                                                    | Não coberto         |
| 85400602 | PONTO DE SOLDA                                                        | Procedimento no qual pontos de contato da superfície do metal são unidos pelo calor                                                                                                                                                         | Não coberto         |
| 85400610 | PRÓTESE TOTAL CARACTERIZADA                                           | Prótese do tipo móvel (dentadura), com caracterização que substitui todos os dentes de uma arcada, devolvendo a função e estética da região sem dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### IMPLANTODONTIA

| Código   | Descrição                                                                                | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                              | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 9        | PLANEJAMENTO CIRÚRGICO E PROTÉTICO (MAIS GUIAS)                                          | Planejamento para o tratamento                                                                                                                                                                     | Não coberto         |
| 78       | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO CONE BEAM (ARCADA)                           | Exame de imagem tridimensional realizado em laboratório de radiologia                                                                                                                              | Não coberto         |
| 389      | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM (2 ARCOS)                        | Exame de imagem tridimensional realizado em laboratório de radiologia                                                                                                                              | Não coberto         |
| 81795    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO CONE BEAM (SEXTANTE)                         | Exame de imagem tridimensional realizado em laboratório de radiologia                                                                                                                              | Não coberto         |
| 81000413 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA) COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO | Raio X feito fora da boca que mostra todos os dentes da boca, para avaliação da posição dos dentes, com estudo de traços para tratamento de implante                                               | ✓                   |
| 81000510 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO CONE BEAM (HEMI ARCADA)                      | Tomografia computadorizada                                                                                                                                                                         | Não coberto         |
| 81000529 | TOMOGRAFIA CONVENCIONAL LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL                                       | Tomografia computadorizada                                                                                                                                                                         | Não coberto         |
| 82000980 | IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO                                                                 | Estrutura de metal, posicionada no osso, abaixo da gengiva, com o objetivo de substituir as raízes dos dente                                                                                       | Não coberto         |
| 82001138 | REABERTURA - COLOCAÇÃO DE CICATRIZADOR                                                   | Procedimento cirúrgico do tratamento de implante para expor a cabeça do implante e instalação de um componente                                                                                     | Não coberto         |
| 82001324 | REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO NÃO ÓSSEO INTEGRADO                                         | Procedimento cirúrgico para a remoção do implante dentário (estrutura metálica)                                                                                                                    | Não coberto         |
| 85400122 | COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÂMICA (PORCELANA)             | Coroa para substituição da coroa perdida de um dente, confeccionada em cerâmica, sobre implante dentário. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões     | Não coberto         |
| 85400130 | COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÔMERO                         | Coroa para substituição da coroa perdida de um dente, confeccionada em cerômero, sobre implante dentário. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões     | Não coberto         |
| 85500011 | COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE                                                          | Coroa não definitiva sobre implante, utilizado durante o tratamento, antes da instalação da coroa definitiva. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### IMPLANTODONTIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                                | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                                                                      | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 85500020 | COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA                       | Coroa não definitiva sobre implante com carga imediata, utilizado durante o tratamento, antes da instalação da coroa definitiva. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                      | Não coberto         |
| 85500038 | COROA TOTAL METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE                               | Coroa para substituição da coroa perdida de um dente, confeccionada em metal e cerâmica, sobre implante dentário. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                     | Não coberto         |
| 85500046 | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE CERÔMERO                      | Coroa para substituição da coroa perdida de um dente, confeccionada em metal e cerômero, sobre implante dentário. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                                     | Não coberto         |
| 85500054 | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE RESINA ACRÍLICA               | Coroa para substituição da coroa perdida de um dente, confeccionada em metal e resina acrílica, sobre implante dentário. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões                                                              | Não coberto         |
| 85500062 | GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE                                             | Procedimento realizado para o correto posicionamento e fixação do implante                                                                                                                                                                                                 | Não coberto         |
| 85500089 | MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES                                    | Procedimento realizado nos implantes dentários para evitar inflamação dos tecidos gengivais                                                                                                                                                                                | Não coberto         |
| 85500097 | OVERDENTURE BARRA CLIPE OU ORING SOBRE DOIS IMPLANTES                    | Prótese dentária (dentadura) confeccionada sobre uma barra clipe que é fixada sobre dois implantes                                                                                                                                                                         | Não coberto         |
| 85500100 | OVERDENTURE BARRA CLIPE OU ORING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES          | Prótese dentária (dentadura) confeccionada sobre uma barra clipe que é fixada sobre quatro ou mais implantes                                                                                                                                                               | Não coberto         |
| 85500127 | PRÓTESE PARCIAL FIXA IMPLANTO SUPORTADA                                  | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos cimentados sobre implante, para devolver a função e a estética aos dentes ausentes. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões | Não coberto         |
| 85500135 | PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA EM CARGA IMEDIATA                        | Prótese fixa provisória para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, antes de realizar a prótese definitiva. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão                                                            | Não coberto         |
| 85500143 | PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA | Dentadura provisória fixada em 4 implantes, utilizada durante o tratamento até a confecção da dentadura definitiva                                                                                                                                                         | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### IMPLANTODONTIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                                | Tradução Procedimento                                                                                              | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 85500151 | PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA | Dentadura provisória fixada em 5 implantes, utilizada durante o tratamento até a confecção da dentadura definitiva | Não coberto         |
| 85500160 | PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES                                     | Dentadura fixada em 4 implantes                                                                                    | Não coberto         |
| 85500178 | PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES                                     | Dentadura fixada em 5 implantes                                                                                    | Não coberto         |
| 85500186 | PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 4 IMPLANTES                          | Dentadura provisória fixada em 4 implantes, utilizada durante o tratamento até a confecção da dentadura definitiva | Não coberto         |
| 85500194 | PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 5 IMPLANTES                          | Dentadura provisória fixada em 5 implantes, utilizada durante o tratamento até a confecção da dentadura definitiva | Não coberto         |
| 85500224 | TRATAMENTO DE PERIMPLANTITE POR IMPLANTE                                 | Tratamento de inflamação no implante                                                                               | Não coberto         |

### ORTODONTIA

| Código | Descrição                                    | Tradução Procedimento                                                                                            | Dental<br>Ouro Orto |
|--------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 41075  | MODELO DE ESTUDO                             | Modelo feito em laboratório de radiologia para o dentista avaliar e planejar a confecção do aparelho ortodôntico | ✓                   |
| 42356  | CONCERTO DE APARELHO                         | Conserto de aparelho ortodôntico                                                                                 | ✓                   |
| 42368  | DISJUNTOR HASS                               | Aparelho fixo no céu da boca                                                                                     | ✓                   |
| 42393  | PARAFUSO EXPANSOR                            | Acessório de aparelho fixo ou móvel                                                                              | ✓                   |
| 42402  | PLACA DE CONTENCAO                           | Aparelho móvel usado após finalizado o tratamento ortodôntico                                                    | ✓                   |
| 42426  | PLACA DE CONTENCAO                           | Aparelho móvel usado após finalizado o tratamento ortodôntico                                                    | ✓                   |
| 42557  | APARELHO ACESSÓRIO                           | Acessório de aparelho fixo ou móvel                                                                              | ✓                   |
| 42603  | REMOÇÃO DE APARELHO FIXO (POLIMENTO INCLUSO) | Retirada do aparelho ortodôntico fixo                                                                            | ✓                   |
| 42676  | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO ESTÉTICO  | Consulta de acompanhamento da evolução do tratamento ortodôntico com aparelho estético                           | Não coberto         |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### ORTODONTIA (continuação)

| Código   | Descrição                                               | Tradução Procedimento                                                                                                                                                                                                               | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 42688    | APARELHO FIXO AUTOLIGADO ESTÉTICO                       | Aparelho fixo autoligado estético                                                                                                                                                                                                   | Não coberto         |
| 42690    | MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO                  | Consulta de acompanhamento da evolução do tratamento ortodôntico com aparelho autoligado                                                                                                                                            | Não coberto         |
| 42709    | APARELHO FIXO AUTOLIGADO METÁLICO                       | Aparelho fixo autoligado metálico                                                                                                                                                                                                   | Não coberto         |
| 81728    | COLOCAÇÃO DE APARELHO FIXO - REDE CREDENCIADA           | Instalação do aparelho ortodôntico fixo                                                                                                                                                                                             | ✓                   |
| 81736    | APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL                        | Aparelho fixo autoligado lingual                                                                                                                                                                                                    | Não coberto         |
| 81744    | MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL          | Consulta de acompanhamento da evolução do tratamento ortodôntico com aparelho autoligado lingual                                                                                                                                    | Não coberto         |
| 81000189 | DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO | Avaliação com o dentista para diagnosticar e planejar o tratamento com aparelho ortodôntico                                                                                                                                         | ✓                   |
| 81000308 | MODELOS ORTODÔNTICOS                                    | Modelo em gesso da cavidade bucal, confeccionado pelo dentista para confecção do aparelho ortodôntico                                                                                                                               | ✓                   |
| 81000367 | RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL                     | Raio X para avaliação e diagnóstico da maturidade óssea da criança                                                                                                                                                                  | ✓                   |
| 81000456 | SLIDE                                                   | Dispositivo que projeta quadros com imagem do dente                                                                                                                                                                                 | ✓                   |
| 82001502 | TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA      | Cirurgia para instalação de um componente no dente, para puxar o dente que está dentro da gengiva                                                                                                                                   | ✓                   |
| 85400270 | PLACA OCLUSAL RESILIENTE                                | Aparelho removível usado para tratamento de disfunção tempo mandibular (dor, dificuldade de abrir ou fechar a boca, zumbidos, problemas musculares)                                                                                 | ✓                   |
| 86000012 | ALETAS GOMES                                            | Acessório ortodôntico                                                                                                                                                                                                               | ✓                   |
| 86000020 | APARELHO DE KLAMMT                                      | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                                                                                                                                                                    | ✓                   |
| 86000039 | APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR - APM                  | Componente de um aparelho ortodôntico fixo que auxilia na correção da mordida                                                                                                                                                       | ✓                   |
| 86000047 | APARELHO DE THUROW                                      | Aparelho móvel conectado a aparelho extra-bucal                                                                                                                                                                                     | Não coberto         |
| 86000055 | APARELHO EXTRA-BUCAL                                    | Tipo de aparelho ortodôntico que poderá ser utilizado em alguma fase do planejamento ortodôntico. É utilizado com componentes na área externa da boca, para uma melhor tração dos dentes em algumas fases do tratamento ortodôntico | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### ORTODONTIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                      | Tradução Procedimento                                                                              | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 86000063 | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO                             | Aparelho fixo estético                                                                             | Não coberto         |
| 86000098 | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO                             | Aparelho de metal fixo na parte da frente dos dentes (brackets)                                    | ✓                   |
| 86000128 | APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                                   | ✓                   |
| 86000136 | APM - APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR                         | Aparelho ortodôntico que junto com o aparelho ortodôntico fixo auxilia na correção da mordida      | ✓                   |
| 86000144 | ARCO LINGUAL                                                   | Arco de metal rígido usado para manter o comprimento e a largura da arcada dos dentes inferiores   | ✓                   |
| 86000152 | BARRA TRANSPALATINA FIXA                                       | Componente utilizado no tratamento ortodôntico                                                     | ✓                   |
| 86000160 | BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL                                  | Acessório removível que fica encaixado de maneira fixa na boca do paciente                         | ✓                   |
| 86000179 | BIONATOR DE BALTERS                                            | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                                   | ✓                   |
| 86000187 | BLOCOS GEMINADOS DE CLARK TWINBLOCK                            | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                                   | ✓                   |
| 86000195 | BOTÃO DE NANCE                                                 | Dispositivo de metal instalado pelo ortodontista que ajuda no tratamento ortodôntico               | ✓                   |
| 86000209 | CONTENÇÃO FIXA - POR ARCADA                                    | Fio que é instalado, após a remoção do aparelho ortodôntico, para evitar a movimentação dos dentes | ✓                   |
| 86000225 | DISJUNTOR PALATINO - HIRAX                                     | Aparelho ortodôntico chamado disjuntor palatino - hirax                                            | ✓                   |
| 86000233 | DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA                                 | Aparelho ortodôntico chamado disjuntor palatino - macnamara                                        | ✓                   |
| 86000241 | DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL                                  | Acessório de aparelho fixo                                                                         | ✓                   |
| 86000250 | DISTALIZADOR DE HILGERS                                        | Aparelho fixo usado para distalizar dentes                                                         | ✓                   |
| 86000268 | DISTALIZADOR DISTAL JET                                        | Aparelho fixo usado para distalizar dentes                                                         | ✓                   |
| 86000276 | DISTALIZADOR PENDULO/PENDEX                                    | Aparelho fixo usado para distalizar dentes                                                         | ✓                   |
| 86000284 | DISTALIZADOR TIPO JONES JIG                                    | Aparelho fixo usado para distalizar dentes                                                         | ✓                   |
| 86000306 | GIANELLY                                                       | Aparelho fixo                                                                                      | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### ORTODONTIA (continuação)

| Código   | Descrição                                                | Tradução Procedimento                                                               | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 86000314 | GRADE PALATINA FIXA                                      | Tipo de aparelho ortodôntico chamado grade palatina fixa                            | ✓                   |
| 86000322 | GRADE PALATINA REMOVÍVEL                                 | Tipo de aparelho ortodôntico chamado grade palatina removível                       | ✓                   |
| 86000330 | HERBST ENCAPSULADO                                       | Aparelho fixo usado para estimular crescimento da mandíbula                         | ✓                   |
| 86000357 | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO       | Procedimento realizado pelo ortodontista no aparelho ortodôntico fixo               | ✓                   |
| 86000365 | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO ORTOPÉDICO | Procedimento realizado pelo ortodontista no aparelho ortodôntico ortopédico         | ✓                   |
| 86000373 | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO REMOVÍVEL  | Procedimento realizado pelo ortodontista no aparelho ortodôntico removível          | ✓                   |
| 86000381 | MÁSCARA FACIAL DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA                  | Aparelho extra-oral utilizado em crianças/adolescente                               | ✓                   |
| 86000390 | MENTONEIRA                                               | Aparelho extra-oral utilizado em crianças/adolescente                               | ✓                   |
| 86000403 | MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER                             | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                    | ✓                   |
| 86000411 | MONOBLOCO                                                | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                    | ✓                   |
| 86000438 | PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR           | Acrescimos de resina realizadas nos dentes                                          | ✓                   |
| 86000446 | PISTAS INDIRETAS DE PLANAS                               | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                    | ✓                   |
| 86000454 | PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES                         | Aparelho móvel usado para distalizar dentes                                         | ✓                   |
| 86000462 | PLACA DE HAWLEY                                          | Aparelho ortodôntico removível ou móvel, chamado placa de hawley com torno expensor | ✓                   |
| 86000470 | PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR                     | Aparelho ortodôntico removível ou móvel, chamado placa de hawley com torno expensor | ✓                   |
| 86000497 | PLACA DE SCHWARZ                                         | Aparelho móvel com parafuso                                                         | ✓                   |
| 86000500 | PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS                       | Aparelho móvel                                                                      | ✓                   |
| 86000519 | PLACA DUPLA DE SANDERS                                   | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                    | ✓                   |
| 86000527 | PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO                            | Aparelho móvel com expensor                                                         | ✓                   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA – OURO ORTO (700DPFOO)

### ORTODONTIA (continuação)

| Código   | Descrição                                   | Tradução Procedimento                                                                                                                            | Dental<br>Ouro Orto |
|----------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 86000535 | PLACA LÁBIO-ATIVA                           | A placa lábio ativa é um tipo de aparelho ortodôntico usado nos dentes inferiores                                                                | ✓                   |
| 86000543 | PLANO ANTERIOR FIXO                         | Aparelho confeccionado em resina composta e aplicada nos dentes para criar uma rampa inclinada                                                   | ✓                   |
| 86000551 | PLANO INCLINADO                             | Aparelho confeccionado em resina composta e aplicada nos dentes para criar uma rampa inclinada                                                   | ✓                   |
| 86000560 | QUADRIHÉLICE                                | Aparelho ortodôntico fixo usado para aumentar o arco palatino da cavidade bucal. Ele é muito utilizado no tratamento de casos de mordida cruzada | ✓                   |
| 86000578 | REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL              | Aparelho móvel que não permite o avanço da mandíbula                                                                                             | ✓                   |
| 86000586 | SIMÕES NETWORK                              | Aparelho móvel usado para tratamento em crianças                                                                                                 | ✓                   |
| 86000594 | SPLINTER                                    | Aparelho extra-oral utilizado em crianças/adolescente                                                                                            | Não coberto         |
| 86000608 | PLACA DE CONTENÇÃO ORTODÔNTICA              | Aparelho móvel usado após finalizado o tratamento ortodôntico                                                                                    | ✓                   |
| 87000199 | COLOCAÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO REMOVÍVEL | Instalação do aparelho móvel                                                                                                                     | ✓                   |