

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	Conceitos	1
1	Dados Gerais do Contrato	4
	Qualificação da <b>CONTRATADA</b> e da <b>CONTRATANTE</b>	4
	Objeto do Contrato	4
	Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	4
	Tipo de Contratação	4
	Segmentação Assistencial do Plano	5
	Área Geográfica de Abrangência e Atuação do Plano	5
	Formação de Preço – Contrato	5
	Serviços e Coberturas Adicionais	5
2	Atributos do Contrato	5
3	Condições de Admissão	6
4	Coberturas e Procedimentos Garantidos	10
5	Exclusões de Cobertura	11
6	Duração do Contrato	13
7	Carências	13
8	Atendimento de Urgência e Emergência	16
9	Acesso à Livre Escolha de Prestadores	17
10	Mecanismos de Regulação	20
11	Formação de Preço e Contraprestação	22
12	Forma de Pagamento	24
13	Reajuste Anual	25
14	Regras para Instrumentos Jurídicos de Plano Coletivo – Manutenção de Ex-Empregados Aposentados ou Demitidos sem Justa Causa	26
15	Condições da Perda da Qualidade de <b>BENEFICIÁRIO</b>	32
16	Suspensão/Rescisão	34
17	Privacidade e Proteção de Dados Pessoais	37
18	Dos Códigos de Conduta e Programa de Ética e Compliance da Contratada	39
19	Disposições Gerais	40
20	Do Foro	43
	Anexo de Cobertura	44

## | Conceitos

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

- 1 – Anexo de Coberturas:** documento complementar responsável por definir as coberturas e exclusões de acordo com o produto contratado;
- 2 – 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;
- 3 – 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;
- 4 – 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;
- 5 – 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 a **CONTRATANTE** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas;
- 6 – 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;
- 7 – 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;
- 8 – Dados Pessoais da CONTRATANTE:** significa qualquer dado pessoal que pertença à **CONTRATANTE**, que a **CONTRATADA** tenha recebido ou a que tenha tido acesso em conexão com o Contrato;
- 9 – 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 JURÍDICA 700 DPME

**10 – Franquia:** mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de reembolso, tampouco 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;

**11 – 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);

**12 – 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;

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

**14 – 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**;

**15 – 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;

**16 – 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;

**17 – 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 as 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);

**18 – Tabela Amil de Reembolso:** tabela que contém a relação dos procedimentos odontológicos que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas 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;

**19 – 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 extraoral e intraoral e reimplante de dente avulsionado;

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

1 | Cláusula Primeira

**DADOS GERAIS DO CONTRATO**

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

**1.1** – A **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**, empresa classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, doravante denominada **CONTRATADA** e encontra-se qualificada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste Contrato.

**1.2** – A **CONTRATANTE** é a pessoa jurídica identificada e qualificada na Proposta Contratual e que mantém, na qualidade de **BENEFICIÁRIOS**, a população que com ela possui vínculo empregatício ou estatutário.

**II. OBJETO DO CONTRATO**

**1.3** – O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos de despesas com os procedimentos de assistência odontológica realizadas por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** exclusivamente na rede credenciada, ou o 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.

**IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO**

**1.5** – O tipo de contratação do plano é coletivo empresarial, com oferta de cobertura de assistência odontológica aos **BENEFICIÁRIOS** definidos na Cláusula que trata das Condições de Admissibilidade e Elegibilidade.

#### **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 na Área Geográfica especificada para o plano, conforme indicado na Proposta Contratual, que é parte integrante deste Contrato.

**1.7.1** – A **CONTRATADA** disponibilizará, através do site [amil.com.br](http://amil.com.br), a relação de todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), na qual constarão os serviços de especialidades.

#### **VII. FORMAÇÃO DE PREÇO – CONTRATO**

**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 na Proposta Contratual e 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 art. 1º da Lei nº 9.656/98, e visa à assistência odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na época do evento. Os serviços serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** por terceiros, de acordo com a área geográfica de abrangência, a rede credenciada do plano contratado, 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, portanto, 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 da ANS ou qualquer outra que vier a substituí-la. 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 – Na data de início da vigência deste Contrato, a **CONTRATANTE** deverá incluir, no mínimo, 2 (dois) e até, no máximo, 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, entre titulares e dependentes, sendo essas quantidades mínima e máxima condição para início e manutenção do contrato.

3.2 – Poderão ser admitidas como **BENEFICIÁRIO** Titular as pessoas físicas que mantenham com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária devidamente comprovada, podendo tal vínculo abranger:

- (i) os sócios da **CONTRATANTE**;
- (ii) os administradores da **CONTRATANTE**;
- (iii) os demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à **CONTRATANTE**, ressalvado o disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- (iv) os agentes políticos;
- (v) os trabalhadores temporários;
- (vi) os estagiários e os menores aprendizes.

3.3 – Poderão ser admitidos como **BENEFICIÁRIO** Dependente as seguintes pessoas físicas que possuam comprovado grau de parentesco em relação ao **BENEFICIÁRIO** Titular:

- (i) esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante a apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

- (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 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;
- (iv) pai, mãe, irmãos(ãs), avós, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrasta e cunhado(a).

**3.3.1** – Em caso de pedido feito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular para a inclusão de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente Contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, respectivamente, devendo o **BENEFICIÁRIO** apresentar a respectiva documentação comprobatória do **BENEFICIÁRIO** Dependente e responder pelo respectivo acréscimo na contraprestação pecuniária.

**3.3.2** – 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.

**3.4** – Serão considerados **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato todos aqueles que: (i) sejam comprovadamente elegíveis nos termos dos itens anteriores; (ii) tenham sido expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste Contrato; (iii) tenham sido habilitados como tal pela **CONTRATANTE** no momento da implantação do Contrato ou venham a ser incluídos posteriormente pela **CONTRATADA**.

**3.4.1** – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** Dependente terá valor se não tiver sido feita mediante declaração escrita do **BENEFICIÁRIO** Titular, enviada à **CONTRATANTE** e ratificada pela **CONTRATADA**, na forma prevista na seção Movimentação Cadastral.

**3.4.2** – Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e/ou pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá exigir, a qualquer tempo, (i) documentos constitutivos da pessoa jurídica **CONTRATANTE**; (ii) documentos que comprovem o vínculo entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e a **CONTRATANTE** – sejam comprovantes de vínculo empregatício, estatutário ou documento que demonstre a existência de um dos vínculos indicados no item 3.2 deste Contrato, tais como carteira profissional e/ou E-Social ou cadastro de inscrição no FGTS; ou, ainda, (iii) documentos que comprovem o grau de parentesco e/ou a relação de dependência entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes, tais como certidão de nascimento ou sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à **CONTRATADA** os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do **BENEFICIÁRIO** cuja elegibilidade não tiver sido comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

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

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

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

#### **MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

**3.6** – As inclusões ou exclusões cadastrais de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão ao previsto neste Contrato quanto às regras, aos critérios e às condições de elegibilidade e, quanto aos prazos, deverão ser obedecidas, pela **CONTRATANTE** e seus **BENEFICIÁRIOS**, as seguintes regras:

**3.6.1** – Quando do cadastramento dos **BENEFICIÁRIOS**, a **CONTRATANTE** deverá indicar: (i) os nomes e a classificação destes como titulares ou dependentes; (ii) a data de nascimento; e (iii), tratando-se de **BENEFICIÁRIO** Dependente, o grau de parentesco deste para com o **BENEFICIÁRIO** Titular;

**3.6.2** – As inclusões e exclusões cadastrais deverão ser informadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** no prazo de até 30 (trinta) dias contados da demissão/admissão ou da solicitação de inclusão/exclusão de **BENEFICIÁRIO** Dependente feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, decorrentes de casamento, constituição de união estável, nascimento, adoção ou óbito;

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

**3.6.3** – Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que não tiverem comprovado o vínculo com a **CONTRATANTE**, a qual é responsável pela verificação das condições de admissibilidade do **BENEFICIÁRIO** e pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a **CONTRATADA** não poderá proceder a movimentação cadastral;

**3.6.4** – Caso a **CONTRATANTE** não observe o dever de apurar o preenchimento, pelo **BENEFICIÁRIO**, das condições de admissibilidade, a **CONTRATADA** reserva-se o direito de, a qualquer tempo, excluir esse **BENEFICIÁRIO** do plano, sem prejuízo: (i) da responsabilização da **CONTRATANTE** por perdas e danos decorrentes dessa inclusão indevida; (ii) da aplicação das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis; e (iii) do dever da **CONTRATANTE** de ressarcir a **CONTRATADA** pelas despesas decorrentes do descumprimento dessa obrigação e eventuais utilizações por parte do **BENEFICIÁRIO**;

**3.6.5** – As exclusões cadastrais poderão ser requeridas pela **CONTRATANTE** ou pelo próprio **BENEFICIÁRIO**, nas hipóteses estabelecidas na cláusula que trata das Condições da Perda da Qualidade de **BENEFICIÁRIO**. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do Contrato e da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos gerados por essa utilização.

**3.7** – Para fins de movimentação cadastral eletrônica, a **CONTRATADA** disponibilizará à **CONTRATANTE** senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio da **CONTRATADA**, ficando o usuário vinculado à referida senha responsável por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

**3.7.1** – A movimentação cadastral poderá, ainda, ser feita mediante envio de documentação relativa ao **BENEFICIÁRIO** por portador indicado pela **CONTRATANTE**, ficando esta responsável pela informação e pela entrega do respectivo comprovante que demonstre a veracidade da solicitação.

**3.8** – À **CONTRATADA** será concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da Proposta Comercial ou da solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIOS** enviada pela **CONTRATANTE**, para avaliar o pedido (proposta/solicitação de inclusão). Será considerada como data da inclusão aquela indicada na proposta/solicitação de inclusão feita pelo **BENEFICIÁRIO**.

**3.9** – A **CONTRATADA** fornecerá aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no Contrato identificação específica, ainda que por meio exclusivamente digital, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no plano. Assegura-se à **CONTRATADA**, a faculdade de cobrar pela emissão de segunda via de identificação específica, a seu exclusivo critério, se emitida de forma física.

**3.10** – No caso de extinção automática do Contrato ou no caso do Contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento, exceto quando solicitado diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, conforme determina a RN 561/22 da ANS ou eventual normativa que vier a substituí-la.

## **4 | Cláusula Quarta**

### **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**4.1** – Este contrato contempla todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura dos exames clínicos, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, 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 a que se refere este contrato é composta por dentistas, serviços de radiologia e clínicas de urgência constantes da relação de profissionais cadastrados 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 do plano contratado e de acordo com suas características, observando-se, entre outros aspectos, 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 Temporomandibular;

**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

### DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O período de vigência inicial do contrato será de 24 (vinte e quatro) meses.

6.2 – 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.

6.2.1 – 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.

6.3 – O contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado depois de transcorrida a vigência mínima estipulada no item 6.1 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.

6.3.1 – 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.

## 7 | Cláusula Sétima

### CARÊNCIAS

7.1 – Para contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** é igual ou superior a 30 (trinta), e enquanto essa quantidade mínima for mantida, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize pedido de admissão no Contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

7.1.1 – 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.

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

**7.2** – Para contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** é inferior a 30 (trinta) e desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize pedido de admissão no Contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, será exigido o cumprimento dos prazos de carência, conforme abaixo:

Grupo de Procedimentos	Dental Bronze Doc ANS 505363253	Dental Prata Clareia ANS 505364251	Dental Ouro Orto ANS 505365250	Dental Ouro Prot ANS 505366258	Dental Platinum ANS 505367256
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
CONSULTA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
RADIOLOGIA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
ODONTOLOGIA PREVENTIVA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
DIAGNÓSTICO	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
PERIODONTIA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
DENTÍSTICA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
CIRURGIA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
ENDODONTIA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
PRÓTESE DENTÁRIA - ROL	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR-OROFACIAL	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
ODONTOLOGIA ESTÉTICA	Não coberto	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
ORTODONTIA	Não coberto	Não coberto	180 dias	Não coberto	180 dias
PRÓTESE DENTÁRIA - EXTRA ROL	Não coberto	Não coberto	Não coberto	180 dias	180 dias
IMPLANTODONTIA	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

7.3 – Ressalvadas as hipóteses acima, a inclusão do **BENEFICIÁRIO** ocorrerá com a exigência de cumprimento integral dos prazos de carência e serão contados a partir do ingresso deste no Contrato, nos seguintes limites:

Grupo de Procedimentos	Dental Bronze Doc ANS 505363253	Dental Prata Clareia ANS 505364251	Dental Ouro Orto ANS 505365250	Dental Ouro Prot ANS 505366258	Dental Platinum ANS 505367256
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs	24 hs
CONSULTA	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
RADIOLOGIA	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
ODONTOLOGIA PREVENTIVA	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
DIAGNÓSTICO	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
PERIODONTIA	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
DENTÍSTICA	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
CIRURGIA	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
ENDODONTIA	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
PRÓTESE DENTÁRIA - ROL	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR-OROFACIAL	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
ODONTOLOGIA ESTÉTICA	Não coberto	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
ORTODONTIA	Não coberto	Não coberto	180 dias	Não coberto	180 dias
PRÓTESE DENTÁRIA - EXTRA ROL	Não coberto	Não coberto	Não coberto	180 dias	180 dias
IMPLANTODONTIA	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto

8 | Cláusula Oitava

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**8.1** – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros aspectos, 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.

**8.2** – 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**.

**8.2.1** – 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.

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

**8.2.3** – 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.

**8.2.4** – 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.

**8.2.5** – 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.

9 | Cláusula Nona

**ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

**9.1** – Para os atendimentos odontológicos cobertos por este Contrato, os **BENEFICIÁRIOS** poderão fazer uso da rede credenciada do Plano escolhido ou buscar atendimento em prestadores de serviços 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.

**9.1.1** – 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 nenhum pedido de reembolso.

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

**9.2** – 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 para Reembolso Amil Dental Grade 2025 – PME e com as regras dispostas a seguir:

**9.2.1** – 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 (Unidade de Serviço Odontológico) do procedimento, conforme discriminado na Tabela de Reembolso vigente no momento da contratação e suas atualizações;

**9.2.2** – 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 da **CONTRATANTE**, para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**;

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

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

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

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

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

9.2.4 – 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 inicial 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.

9.3 – O Fator Multiplicador de Reembolso para o produto contratado será de acordo com o plano escolhido, conforme discriminado abaixo, o valor da tabela está disponível para consulta no site [amil.com.br](http://amil.com.br), na área logada do cliente, ora **BENEFICIÁRIO**.

Dental Bronze Doc ANS 505363253	Dental Prata Clareia ANS 505364251	Dental Ouro Orto ANS 505365250	Dental Ouro Prot ANS 505366258	Dental Platinum ANS 505367256
Até 1 vez a tabela Amil Dental Padrão	Até 1 vez a tabela Amil Dental Padrão	Até 1 vez a tabela Amil Dental Padrão	Até 1 vez a tabela Amil Dental Padrão	Até 1 vez a tabela Amil Dental Padrão

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

**9.4** – 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;
- (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 necessárias à avaliação técnica do procedimento realizado).

**9.4.1** – 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.

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

**9.5** – 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.

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

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

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

9.6.1 – 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.

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

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

## 10 | Cláusula Décima

### MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 – A **CONTRATADA** fornecerá a cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso dos serviços odontológicos, sempre acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

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

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

10.2 – 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 e procedimentos).

#### **MECANISMOS DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA**

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

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

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

**10.5** – 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 desempataador serão pagos pela **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação vigente.

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

**10.6** – 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). Para utilização dos serviços em clínica de radiologia, deverá apresentar, também, o pedido de exame emitido 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.).

- 10.6.1** – 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.

**10.7** – 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.

**10.8** – 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**

**10.9** – 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**.

## **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.

**11.2** – A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** o valor da contraprestação pecuniária correspondente à população incluída e aceita na movimentação cadastral. O valor da contraprestação foi estipulado na data da celebração do Contrato e corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicados na Proposta Contratual.

**11.2.1** – Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária devida pela **CONTRATANTE** para os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles já vinculados a este.

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

**11.3.1** – Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou 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**.

**11.3.2** – Havendo divergência em relação à quantidade de **BENEFICIÁRIOS** incluídos em cada Plano ou no Grupo de **BENEFICIÁRIOS** de forma global, constatada após a emissão da fatura, os acertos referentes a essas divergências serão realizados no faturamento imediatamente subsequente e não constituem justificativa para eventual atraso no pagamento da respectiva fatura.

**11.3.3** – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

**11.4** – Caso a **CONTRATANTE** não receba sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar tal fato à **CONTRATADA**. A qualquer momento, a segunda via poderá ser impressa através do site [amil.com.br](http://amil.com.br), sendo certo que o não recebimento da fatura ou do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o pagamento no prazo de vencimento.

**11.4.1** – A atualização de dados cadastrais em caso de alteração de endereço, seja de e-mail ou de correspondência, é de inteira responsabilidade da **CONTRATANTE**, a qual está ciente de que as comunicações entre ela e a **CONTRATADA** serão consideradas válidas quando encaminhadas ao endereço cadastrado.

**11.5** – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, 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, além da possibilidade de responder a **CONTRATANTE** por eventuais encargos e penalidades impostos à **CONTRATADA** pelo atraso no pagamento devido à rede credenciada.

**11.5.1** – O atraso no pagamento da contraprestação pecuniária poderá importar, ainda, a suspensão da cobertura. Realizado o pagamento, fica certo que não haverá cobertura dos custos ou reembolso das despesas com os procedimentos ou eventos iniciados ou ocorridos durante o período de suspensão.

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

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

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

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

## **12 | Cláusula Décima Segunda**

### **FORMA DE PAGAMENTO**

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

**12.2** – Quando a opção de pagamento for cartão de crédito, o titular do cartão deverá ser o responsável financeiro ou sócio da empresa.

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

**12.2.2** – 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.

**12.3** – A **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.

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

**12.4** – O responsável financeiro ou responsável pela **CONTRATANTE** poderá optar por pagamento através de débito automático após o início da vigência do Contrato.

## 13 | Cláusula Décima Terceira

### REAJUSTE ANUAL

**13.1** – Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do Contrato.

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

**13.2** – Será considerado como data-base de aniversário do Contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano. Os reajustes subsequentes ocorrerão anualmente, respeitando-se a mesma lógica de apuração (variação percentual dos 12 últimos meses).

**13.3** – O reajuste anual será composto pelo Índice Financeiro descrito no item 13.4 e, caso os Custos Assistenciais ultrapassem 60% (sessenta por cento) da receita obtida pelo pagamento das contraprestações (índice de sinistralidade do Contrato), será incorporado a esse reajuste também o Índice Técnico descrito no item 13.5, com o objetivo de equilibrar a relação contratual.

**13.4** – O Índice Financeiro corresponderá ao Índice Geral de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA-IBGE), apurado nos 12 (doze) meses anteriores à aplicação do reajuste.

**13.5** – O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade do Contrato, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do Contrato, apuradas conforme descrito abaixo:

**13.5.1** – Para fins de apuração do Índice Técnico, a primeira reavaliação compreenderá as despesas assistenciais e as receitas diretas no período do 3º (terceiro) ao 8º (oitavo) mês de vigência do Contrato. Nas reavaliações subsequentes, o Índice Técnico será apurado considerando os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

**13.6** – As disposições referentes ao reajuste anual não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária que, quando previsto, seguirá o disposto em seção própria.

14 | Cláusula Décima Quarta

**REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO – MANUTENÇÃO DE EX-EMPREGADOS APOSENTADOS OU DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA**

**14.1** – O **BENEFICIÁRIO** titular demitido ou exonerado sem justa causa terá o direito de manter essa condição com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho em caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do plano odontológico; (ii) tenha contribuído para o plano contratado em decorrência de vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

**14.1.1** – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no plano será de um terço do tempo de contribuição para o plano, assegurando-se um período mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**14.2** – O **BENEFICIÁRIO** titular aposentado terá direito de manter essa condição com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho em caso de aposentadoria, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do seu plano odontológico; (ii) tenha contribuído para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência do vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

**14.2.1** – Caso o tempo de contribuição do **BENEFICIÁRIO** para o plano seja inferior a 10 (dez) anos, o direito à manutenção no plano é garantido à razão de um ano para cada ano de contribuição.

**14.3** – O direito à manutenção no plano odontológico de que trata este item extinguir-se-á nas hipóteses previstas na seção que trata da Extinção do Direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, nesta cláusula.

**I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**14.4** – A **CONTRATANTE** obriga-se a dar ciência da existência do direito descrito nesta Cláusula a seus ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, informando-os quanto às condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica e neste Contrato.

**14.5** – No ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, a **CONTRATANTE** dará ao ex-empregado a opção pela manutenção de sua condição de **BENEFICIÁRIO** Titular.

**14.5.1** – O ex-empregado deverá responder à comunicação da **CONTRATANTE**, informando se aceita ou recusa a oferta, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, cabendo à **CONTRATANTE** entregar à **CONTRATADA** cópia da manifestação expressa firmada pelo ex-empregado.

**14.5.2** – Por ocasião da dispensa sem justa causa ou aposentadoria, a **CONTRATANTE** obriga-se a demonstrar e a apresentar os comprovantes dos valores pagos por seu ex-empregado a título de contribuição/participação financeira referente à mensalidade do plano.

**14.5.3** – Caso responda positivamente à comunicação, a **CONTRATANTE** deverá inseri-lo em plano, de acordo com a legislação vigente.

**14.6** – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção mencionada pelos itens anteriores, acima, o preço vigente na data da opção, conforme atualizações realizadas pela **CONTRATADA**.

## **II. CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA**

**14.7** – Entende-se por contribuição/participação financeira todo o valor pago pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano odontológico, assim como o pagamento de qualquer valor fixo assumido pelo **BENEFICIÁRIO** que foi incluído em outro plano oferecido por seu empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

**14.7.1** – Não estão contemplados no conceito de contribuição/participação financeira os valores relacionados: (i) aos dependentes e agregados; e (ii) à coparticipação devida pelo **BENEFICIÁRIO** como fator moderador em razão de procedimentos e/ou de utilização da assistência objeto deste Contrato, nos casos que preveem essa modalidade.

**14.7.2** – O **BENEFICIÁRIO** Titular que não tenha efetuado o pagamento de contribuição/participação financeira durante o período em que manteve o vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** não terá direito a permanecer no plano.

**14.8** – Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, ao ex-empregado são assegurados os direitos previstos nesta Cláusula, na proporção de sua efetiva contribuição.

### **III. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR DEMITIDO/APOSENTADO**

**14.9** – O direito do ex-empregado de ser mantido no plano na condição de **BENEFICIÁRIO** estende-se ao grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, ressalvado o direito do **BENEFICIÁRIO** de ser mantido individualmente ou de solicitar a manutenção de apenas parte de seu grupo familiar.

**14.10** – Em caso de falecimento do **BENEFICIÁRIO** Titular e desde que o Contrato esteja vigente, aos **BENEFICIÁRIOS** Dependentes é assegurado o direito de permanecerem cobertos pelo plano, nos termos do disposto neste instrumento.

**14.10.1** – É de inteira responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** manter atualizadas suas informações cadastrais junto à **CONTRATADA**, especialmente no que se refere à apresentação da certidão de óbito em caso de falecimento do **BENEFICIÁRIO** titular ou de seus dependentes.

**14.10.2** – As partes estabelecem que, independentemente da atualização dos dados cadastrais por parte dos **BENEFICIÁRIOS** que compõe o grupo familiar, conforme disposto na cláusula supra, os mesmos responderão integralmente pelos custos e despesas dele decorrentes.

**14.10.3** – O direito à manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** dependente não se aplica nos casos de rescisão unilateral do contrato motivada por fraude ou inadimplemento.

### **IV. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO**

**14.11** – As contraprestações devidas à **CONTRATADA**, assim como os valores relativos à coparticipação, nos planos que preveem essa modalidade, serão pagas diretamente pelos **BENEFICIÁRIOS** Titulares, até a data do vencimento e nos locais indicados pela **CONTRATADA**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

**14.12** – O não pagamento das importâncias devidas à **CONTRATADA** nos termos pactuados, sujeitará o **BENEFICIÁRIO** 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.

**14.13** – Caso o **BENEFICIÁRIO** 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).

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

**14.15** – A manutenção do ex-empregado na condição de **BENEFICIÁRIO**, no mesmo plano em que se encontrava quando vigente a relação de emprego, observará as mesmas cláusulas referentes a reajuste, preço e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

**14.15.1** – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**14.15.2** – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na Proposta Contratual, com as devidas atualizações.

**14.16** – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** na condição de aposentado.

**14.17** – O **BENEFICIÁRIO** que estiver em atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias de, no mínimo, 02 (duas) mensalidades do plano privado de assistência à saúde, consecutivas ou não, e desde que no prazo de 10 (dez) dias ininterruptos da data da notificação, não tenha efetuado o pagamento do débito em aberto, terá seu vínculo rescindido unilateralmente pela **CONTRATADA**.

**14.18** – A rescisão prevista no item anterior está condicionado à notificação do **BENEFICIÁRIO** 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.

**14.19** – 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.

**14.20** – É de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** manter as suas informações cadastrais atualizadas.

**14.21** – A **CONTRATADA** excluirá o **BENEFICIÁRIO** por inadimplência das mensalidades, quando o **BENEFICIÁRIO** for responsável pela realização do pagamento diretamente à **CONTRATADA** de acordo com a regulamentação vigente.

#### **V. PORTABILIDADE – DEMITIDO/APOSENTADO**

**14.22** – O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano odontológico individual, familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, desde que possua o vínculo exigido pela norma, administrado por outra operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas nas Resoluções Normativas nº 438 e nº 488, ambas da ANS.

#### **VI. EXTINÇÃO DO DIREITO ASSEGURADO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656, DE 1998**

**14.23** – O ex-empregado terá seu direito de manutenção extinto se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo:

- (i) Decurso dos prazos de manutenção, conforme previsto na Resolução Normativa nº 488, arts. 4º e 5º, parágrafo único;
- (ii) Admissão em novo emprego;
- (iii) Cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

## **VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO**

**14.24** – Para requerer a efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência odontológica, a **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** as seguintes informações, acompanhadas dos documentos originais comprobatórios, caso solicitado pela **CONTRATADA**, a qualquer tempo:

- (i) Se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;
- (ii) Se o **BENEFICIÁRIO** aposentado continua vinculado à **CONTRATADA** por relação de emprego, conforme disposto na RN nº 488, art. 22;
- (iii) Se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (iv) Por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (v) Se o **BENEFICIÁRIO** optou pela manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

**14.25** – A exclusão apenas será aceita pela **CONTRATADA** mediante a comprovação inequívoca, pela **CONTRATANTE**, de que foi dada ao **BENEFICIÁRIO** a opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** da qual gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

**14.25.1** – Enquanto a documentação mencionada nos itens anteriores não tiver sido entregue à **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO**.

**14.26** – Fica estabelecido que a **CONTRATANTE** arcará com quaisquer perdas, danos, multas, custos ou despesas (incluindo despesas e desembolsos legais) incorridos que sejam provenientes do descumprimento ou da falha na adoção de medidas pela **CONTRATANTE** a que versa a presente cláusula 14.

15 | Cláusula Décima Quinta

**CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**15.1** – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**.

**15.1.1** – A **CONTRATADA** não arcará com as despesas provenientes do atendimento aos beneficiários em cumprimento de carência contratual, contrato suspenso ou extinto, coberturas não previstas contratualmente e pelas despesa atinentes ao atendimento a beneficiários de empresas clientes já excluídas de seu quadro, mesmo que ainda conservem o cartão (“carteirinha”) da **CONTRATADA**.

**15.1.2** – Nos casos de demissão, a **CONTRATANTE** deverá enviar documento comprobatório.

**15.2** – Na hipótese das Partes utilizarem a via física do cartão de identificação, a **CONTRATANTE** obriga-se a coletar o referido cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s) e a devolver tal documento à **CONTRATADA**.

**15.3** – A falta de comunicação, pela **CONTRATANTE**, do cancelamento do plano aqui referido, no prazo previsto, implicará a cobrança, pela **CONTRATADA**, das taxas mensais de manutenção do período.

**15.4** – A cobertura do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** Dependente(s) cessará automaticamente quando perder(em) a condição de dependência do **BENEFICIÁRIO** Titular, bem como em caso de sua morte, respeitando-se o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

**15.5** – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender o plano do **BENEFICIÁRIO**, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

**15.5.1** – Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, quaisquer omissões, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações ou documentação decorrentes da utilização indevida do contrato, mediante procedimento administrativo específico.

**15.5.2** – Perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO** Titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;

**15.5.3** – Perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** Dependente;

**15.5.4** – Fornecimento, pela **CONTRATANTE**, de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente Contrato, mediante procedimento administrativo específico;

**15.5.5** – Prática, pela **CONTRATANTE** ou por **BENEFICIÁRIO**, de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.

**15.6** – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito à cobertura do atendimento.

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

**15.8** – A **CONTRATANTE** deverá comunicar a extinção do Contrato aos **BENEFICIÁRIOS**, informando-os ainda, caso não haja portabilidade para outra operadora, quanto ao direito de contratar plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que: (i) a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados da data da rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO** e (ii) a **CONTRATADA** possua em comercialização, na época, plano na referida modalidade de contratação.

#### **I. Cancelamento pelo BENEFICIÁRIO Titular**

**15.9** – O **BENEFICIÁRIO** Titular poderá, a qualquer tempo, solicitar sua exclusão do Contrato, bem como solicitar a exclusão de qualquer de seus dependentes, nos termos dispostos neste item, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no Contrato.

**15.9.1** – O pedido de exclusão deverá ser apresentado pelo **BENEFICIÁRIO** à **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA** e/ou pela área logada do portal da empresa, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido.

**15.9.2** – Processado o pedido pela **CONTRATANTE**, ele terá efeito imediato, sendo considerado esse, para todos os efeitos, o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**.

**15.9.3** – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido pela **CONTRATANTE**, poderá o **BENEFICIÁRIO** Titular apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**, o qual deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado à **CONTRATANTE** (e-mail ou carta protocolada), e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela **CONTRATADA**.

16 | Cláusula Décima Sexta

SUSPENSÃO/RESCISÃO

I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

16.1 – Se a **CONTRATANTE** atrasar o pagamento da contraprestação por período superior a 10 (dez) dias, suspender-se-á, para todos os **BENEFICIÁRIOS**, o direito à cobertura e aos demais benefícios contratuais.

II. RESCISÃO

16.2 – O presente Contrato poderá ser extinto:

16.2.1 – Automaticamente, caso o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos se torne inferior a 2 (dois), ainda que não tenha sido completado o prazo mínimo de vigência estabelecido no Contrato. Nessa hipótese, será facultado aos **BENEFICIÁRIOS** celebrar contratos individuais, nas bases e condições próprias dos produtos em comercialização pela **CONTRATADA**, inclusive com relação a preço.

16.2.2 – Imotivadamente, por iniciativa de qualquer das partes, após vencido o prazo de vigência inicial, desde que a Parte contrária seja previamente notificada por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando ajustado que, no período de aviso prévio, ficam vedadas a inclusão e a exclusão de **BENEFICIÁRIOS**.

16.2.3 – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não; ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item “COBERTURAS EXTRA CONTRATUAIS E DEMAIS DESPESAS” por período superior a 60 (sessenta) dias.

16.2.3.1 – O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no item anterior encontra-se condicionado à comprovada notificação do devedor, a qual deverá ser enviada para o endereço fornecido pela **CONTRATANTE** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

**16.2.4** – Para ocorrer o cancelamento por inadimplência da **CONTRATANTE**, quando celebrado por Empresário Individual, a **CONTRATADA** deverá notificar a **CONTRATANTE** conforme abaixo:

**16.2.4.1** – 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.

**16.2.5** – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, quando celebrado por Empresário Individual e identificada irregularidade da inscrição da **CONTRATANTE** nos órgãos competentes bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, na data de aniversário do contrato, mediante comunicação prévia à **CONTRATANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

**16.2.5.1** – É de responsabilidade do **CONTRATANTE** manter as suas informações cadastrais atualizadas junto a **CONTRATADA**.

**16.2.6** – Unilateralmente pela **CONTRATADA** nas hipóteses de fraude, omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias, para si ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

**16.2.6.1** – 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.

**16.3** – Nos casos em que a **CONTRATANTE** solicitar imotivadamente, antes de transcorrido o prazo de vigência mínima estabelecido no tema “Duração do Contrato”, o cancelamento do contrato ou quando der causa à sua extinção, será aplicada multa rescisória no valor de 03 (três) vezes o valor da última fatura paga.

**16.3.1** – A multa rescisória, em razão da descontinuidade do contrato antes de sua vigência mínima, será aplicada no mês subsequente ao cancelamento do contrato, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, 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**.

**16.3.2** – Fica garantido à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso.

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

- I) 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, via cartão de crédito, o valor relativo à multa contratual, que deverá ser paga em uma única parcela pela **CONTRATANTE**. Em caso de indisponibilidade de cobrança via cartão de crédito, a **CONTRATADA** emitirá a cobrança via boleto;
- II) Para os Contratos com pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer, na hipótese de exclusão ou inclusão de **BENEFICIÁRIO** durante vigência do Contrato, a **CONTRATADA** providenciará o estorno dessas parcelas futuras junto à administradora do cartão de crédito, considerada a data da exclusão ou inclusão e, desde que observado o prazo de 30 (trinta) dias para comunicação à Operadora, previsto no tema “Condições de Admissão”;

III) Para os Contratos com pagamento à vista ou, ainda que parcelado, em que 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 no caso de cancelamento do contrato, em fatura do cartão de crédito, conta-corrente ou poupança da **CONTRATANTE**.

**16.4** – O pedido de exclusão de **BENEFICIÁRIO** poderá ser realizado por meio da central de atendimento.

**16.5** – A **CONTRATANTE** se obriga, em caso de encerramento do presente contrato e contratação com outra Operadora/Seguradora de Planos de Saúde, a comunicar a troca de Operadora a todos os **BENEFICIÁRIOS** Titulares e Dependentes vinculados ao contrato, obrigando-se, ainda, a migrar todos eles para a nova Operadora/Seguradora, independentemente da existência ou não de ações judiciais e/ou demandas administrativas, incluindo os **BENEFICIÁRIOS** ativos e/ou inativos que tenham obtido o direito a manutenção da cobertura do plano de saúde por força de lei, determinação judicial ou em decorrência de previsão na política de benefícios da **CONTRATANTE**.

**16.5.1** – Sem prejuízo do disposto no item acima, em qualquer hipótese de cancelamento do contrato ou suspensão da cobertura, caberá à **CONTRATANTE** assumir (i) todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento do contrato; (ii) as penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de medida judicial e/ou administrativa e reclamações movida contra a **CONTRATADA**, que envolva os **BENEFICIÁRIOS** vinculados a este contrato, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência.

## 17 | Cláusula Décima Sétima

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

**17.1** – Estas disposições aplicam-se a toda atividade de tratamento de Dados Pessoais da **CONTRATANTE** que seja realizada pela **CONTRATADA** quando esta estiver tratando dados pessoais que pertençam a **BENEFICIÁRIO** vinculado à **CONTRATANTE**, sempre que tiver recebido ou tido acesso a tais dados pessoais para o propósito de execução deste Contrato.

**17.2** – As Partes cumprirão a Legislação de Proteção de Dados que tenha conexão com este Contrato.

**17.3** – As Partes garantem que todo o seu pessoal, agentes e subcontratados que tiverem acesso a dados pessoais estarão sujeitos a obrigações de manter a confidencialidade sobre tais dados, a não ser que a revelação seja necessária ao atendimento de qualquer obrigação legal ou regulatória.

**17.4** – As Partes implementarão e manterão 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 a padrões e boas práticas industriais – ou os superem – e que sejam adequadas a prevenir Violação de Dados Pessoais.

**17.5** – A **CONTRATADA** realizará atividades de tratamento de Dados Pessoais da **CONTRATANTE** para a finalidade de execução de contrato e para atendimento de prescrições legais e regulatórias emitidas por autoridades regulatórias, especialmente pelas entidades e autoridades responsáveis pelo setor de saúde suplementar e pela proteção de dados pessoais.

**17.6** – A **CONTRATADA** manterá a confidencialidade de todos os dados pessoais relacionados ao Contrato, ressalvadas as provisões regulatórias em sentido diverso.

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

**17.8** – Caso a **CONTRATADA** colete qualquer dado pessoal em nome da **CONTRATANTE**, esses dados serão coletados de acordo com a forma, o parâmetro ou a exigência legal aplicável, inclusive em relação aos meios de coleta, legalmente especificados. Quando a coleta do consentimento for, de algum modo, necessária ao exercício do presente Contrato, a **CONTRATANTE** será responsável pelas formas de coleta e por manter os registros de cada consentimento coletado.

**17.9** – A **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** toda a assistência razoavelmente necessária para que esta cumpra suas obrigações perante a Legislação de Proteção de Dados (inclusive no que se refere à resposta a solicitações de titulares de dados no exercício de seus direitos e às consultas às autoridades competentes).

**17.10** – Segundo opção da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA**, prontamente, excluirá ou devolverá todos os Dados Pessoais da **CONTRATANTE**, mediante solicitação desta ou na ocorrência de rescisão deste Contrato, a menos que haja obrigação em diferente sentido, nos termos da legislação e regulação aplicável.

**17.11** – Mediante solicitação da **CONTRATANTE** ou do Titular de Dados, a **CONTRATADA** deverá corrigir ou atualizar quaisquer Dados Pessoais da **CONTRATANTE** mantidos pela **CONTRATADA**.

**17.12** – A **CONTRATADA** terá o direito de ser reembolsada pela **CONTRATANTE** por quaisquer perdas, danos, multas, custos ou despesas (incluindo despesas e desembolsos legais) incorridos pela **CONTRATADA** e que resultem de uma Violação de Dados Pessoais, falha na adoção de medidas de segurança exigidas pelo Artigo 46 da LGPD ou da violação de algum item desta cláusula em relação a quaisquer dados pessoais tratados em conexão com o Contrato. Tais valores serão considerados perdas diretas e serão devidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, mediante comprovação.

## **18 | Cláusula Décima Oitava**

### **DOS CÓDIGOS DE CONDUTA E PROGRAMA DE ÉTICA E COMPLIANCE DA CONTRATADA**

**18.1** – A **CONTRATANTE** declara ter ciência aos termos dos Códigos de Conduta e Programa de Compliance da **CONTRATADA**, onde estão dispostos os princípios gerais de Ética e Integridade da **CONTRATANTE**, bem como as melhores práticas para realização do negócio objeto deste **CONTRATO**.

**18.1.1** – Os documentos mencionados nestas cláusulas, encontram-se disponibilizados pela **CONTRATADA**, por meio de seu “site”: [amil.com.br](http://amil.com.br), comprometendo-se a **CONTRATANTE**, a observá-los e a respeitá-los.

### **DA RESPONSABILIDADE SOCIAL E DO CUMPRIMENTO DA LEI ANTICORRUPÇÃO**

**18.2** – Durante a vigência do Contrato, as Partes se comprometem a:

- a) respeitar e fazer cumprir toda a legislação ambiental vigente, não empregar trabalhadores menores de 16 (dezesesseis) anos de idade, salvo na condição de aprendizes a partir de 14 (quatorze) anos, bem como, não empregar adolescentes de até 18 (dezoito) anos de idade em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento, de forma alguma adotar práticas de trabalho análogo ao escravo e trabalho ilegal de crianças e adolescentes no cumprimento do presente Contrato.
- b) cumprir todas e quaisquer políticas estabelecidas, leis e regulamentos anticorrupção e antisuborno, incluindo, mas não se limitando, ao U.S. Foreign Corrupt Practices Act (“FCPA”) e a Lei Federal nº 12.846/2013, Lei Brasileira Anticorrupção se comprometendo as Partes em manter ou criar políticas e processos para promover o cumprimento dessas leis e regulamentos, bem como implementar um programa de integridade caso não exista.

- c) não solicitar, sugerir, dar, oferecer, prometer ou pagar, direta ou indiretamente através de terceiros, qualquer item de valor (exemplos: pagamentos em dinheiro, entretenimentos, presentes, hospitalidades, contribuições políticas, produtos ou serviços, etc.) para qualquer agente público ou privado, com o objetivo de influenciar indevidamente qualquer ato, decisão ou concessão, ou para garantir uma vantagem imprópria.
- d) A não observância das obrigações previstas neste contrato, em especial nesta cláusula de Compliance, poderá ensejar o pleito de rescisão do contrato com possível reparação de perdas e danos pela parte prejudicada.
- e) A **CONTRATANTE** concede, desde já, à **CONTRATADA** o direito de auditar os livros e registros da **CONTRATANTE**, para fins exclusivamente de verificar o cumprimento desta cláusula. A realização desta auditoria estará condicionada à prévia notificação da parte solicitante, bem como, agenda definida em comum acordo entre as Partes.

## 19 | Cláusula Décima Nona

### DISPOSIÇÕES GERAIS

**19.1 – DOCUMENTAÇÃO:** fazem parte do presente Contrato: (i) seus anexos e regulamentos; (ii) a Proposta Contratual; (iii) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); (iv) o Guia de Leitura Contratual (GLC); e (v) Declaração do Contratante.

**19.1.1 –** É responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO** Titular, previamente à adesão ao plano de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

**19.1.2 –** É responsabilidade da **CONTRATADA** enviar ao **BENEFICIÁRIO** Titular o Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, juntamente com o cartão de identificação.

**19.1.3 –** É responsabilidade de ambas as Partes oferecer, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO** Titular e desde que este tenha disponibilizado seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

**19.2 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS:** as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, de acordo com as opções disponíveis pela **CONTRATADA**.

**19.2.1** – Quando da transferência de **BENEFICIÁRIO** para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo, observado que:

**19.2.1.1** – Caso a transferência se dê para um plano que contenha: (i) novos benefícios e (ii) nova rede credenciada; e não se trate de casos de Portabilidade/Migração, os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão apenas as carências determinadas para esses casos, de acordo com o que estiver previsto no novo plano.

**19.3 – COBERTURAS EXTRA CONTRATUAIS E DEMAIS DESPESAS:** caso a **CONTRATADA** seja obrigada a oferecer coberturas extracontratuais ou a pagar despesas não previstas no presente Contrato, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação judicial, custas, despesas processuais e administrativas e honorários advocatícios.

**19.3.1** – Nos casos em que a **CONTRATANTE** for responsável por reembolsar as despesas acima mencionadas, a **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE**, dando-lhe ciência quanto à ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

**19.3.2** – O não envio da notificação indicada no item anterior não desobriga a **CONTRATANTE** de realizar o reembolso à **CONTRATADA**.

**19.4 – MEDIAÇÃO:** a **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **BENEFICIÁRIO** que é dever deste entrar em contato prévio com a **CONTRATADA**, por intermédio de qualquer 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.

**19.5 – RESPONSABILIDADES DAS PARTES:** as Partes acordam que o ônus decorrente de demandas administrativas – incluindo multas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dos Procons, mas não limitadas exclusivamente a estas – ou judiciais, decorrentes de atos de responsabilidade de cada uma delas nos termos de suas obrigações legais e regulamentares, será por cada qual suportado, de acordo com os critérios expostos a seguir:

**19.5.1** – Serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** os processos e as demandas motivados por questões administrativas, incluindo, em rol meramente exemplificativo: emissão de boletos, movimentação cadastral, suspensão/cancelamento do Contrato por inadimplência, vigência de contrato, elegibilidade de **BENEFICIÁRIOS**, diferença na aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias (em relação àqueles praticados pela **CONTRATADA** e previstos em Contrato), preenchimento de dados e apresentação de documentos necessários, omissão/inexatidão na informação sobre carências, e rede de atendimento, entre outros.

**19.5.2** – Caso seja determinada por decisão administrativa ou judicial a redução do valor da mensalidade, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despendar, incluindo o valor da condenação, custas, despesas processuais e honorários advocatícios. A **CONTRATANTE** deverá, ainda, pagar à **CONTRATADA** a diferença de valor da contraprestação, considerando o que será efetivamente pago pelo **BENEFICIÁRIO** e o valor devido. Serão de responsabilidade da **CONTRATADA** os processos e as demandas motivados por questões assistenciais e de coberturas contratuais, ressalvados os casos de negativas de atendimento por suspensão ou cancelamento do Contrato decorrente de falha operacional da **CONTRATANTE**, entre outros.

**19.5.3** – Será compartilhada igualmente entre as Partes a responsabilidade em relação aos processos e às demandas envolvendo reajuste anual.

**19.5.4** – As Partes estabelecem, por fim, que, quando juridicamente possível, a Parte que foi demandada por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar a outra Parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável, bem como fornecer à outra Parte toda e qualquer documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substituir a Parte demandada na demanda administrativa ou judicial.

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

**19.7 – TOLERÂNCIA:** a tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **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.

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

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

**19.10 – 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 odontológica prestada aos **BENEFICIÁRIOS** é responsabilidade da **CONTRATADA**, que as enviará por intermédio do Coordenador 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.

**19.11 – DECLARAÇÕES:** a **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 das perdas e dos danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento dessa obrigação.

**19.12 – CONTRATOS COM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:** os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 8.666/93 ou a que eventualmente vier a substituí-la.

**19.13 –** Os casos omissos deverão ser resolvidos entre as partes, sendo objeto de novo termo aditivo ao presente Contrato.

## 20 | Cláusula Vigésima

### DO FORO

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

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## | Anexo de Cobertura

Neste documento, são apresentados as **COBERTURAS E OS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS** no Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica Pessoa Jurídica 700 DPME.

Este Contrato contempla todas as coberturas e procedimentos previstos como segmentação odontológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente que são garantidos em todos os produtos de segmentação odontológica, além das demais coberturas relacionadas na tabela abaixo, que variam de acordo com o produto contratado.

A **CONTRATANTE** declara conhecer e aceitar todo conteúdo disposto neste Anexo, em especial os termos e condições de utilização atinentes a cada produto contratado e suas especificidades referentes aos procedimentos cobertos ou não cobertos de acordo com o produto contratado.

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 Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	Controle de sangramento excessivo em região buco-maxilo-facial	✓	✓	✓	✓	✓
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

## CONSULTA

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## CONSULTA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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 Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
398	ANALISE FACIAL ADICIONAL	Análise cefalométrica da face	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## RADIOLOGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓
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	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
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	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
42639	TELERADIOGRAFIA 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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## RADIOLOGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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)	Não coberto	Não coberto	✓	✓	✓
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	✓	✓	✓	✓	✓
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 (ORTOPANTOMOGRÁFIA)	Raio X feito fora da boca que mostra todos os dentes da boca, para avaliação da posição dos dentes	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## RADIOLOGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ODONTOLOGIA PREVENTIVA

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓
84000201	REMINERALIZAÇÃO	Procedimento para devolverão 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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
85300055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	Remoção de elementos retentivos, diminuindo o acúmulo de placa (obturações 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 Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## DIAGNÓSTICO (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
81000197	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	✓	✓	✓	✓	✓
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## DIAGNÓSTICO (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

## CIRURGIA

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
82000034	ALVEOLOPLASTIA	Remoção cirúrgica de irregularidades na região óssea da retirada de um dente	✓	✓	✓	✓	✓
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Remoção de uma raiz do dente com inserção de material restaurador	✓	✓	✓	✓	✓
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Remoção de uma raiz do dente sem inserção de material restaurador	✓	✓	✓	✓	✓
82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com duas raízes) e inserção de material restaurador	✓	✓	✓	✓	✓
82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com duas raízes) sem inserção de material restaurador	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## CIRURGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM 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 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 OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com uma raiz) e inserção de material restaurador	✓	✓	✓	✓	✓
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Cirurgia de remoção, da ponta da raiz do dente (com uma raiz) sem inserção de material restaurador	✓	✓	✓	✓	✓
82000190	APROFUNDAMENTO/ AUMENTO DE 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 BILATERAL	Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância do osso, nos dois lados da mandíbula	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## CIRURGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL	Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância do osso, em um dos lados da mandíbula	✓	✓	✓	✓	✓
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 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 totalmente, a ranula	✓	✓	✓	✓	✓
82000816	EXODONTIA A RETALHO	Remoção de dente através de retalho da gengiva	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## CIRURGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓
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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## CIRURGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## CIRURGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓
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/cartilaginosos 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/cartilaginosos 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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## CIRURGIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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 inclusos, impactados e supranumerários	✓	✓	✓	✓	✓
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRA NUMERÁRIO	Remoção de dente inclusos, impactados e supranumerários	✓	✓	✓	✓	✓
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	Remoção de dente de leite	✓	✓	✓	✓	✓

## DENTÍSTICA

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## DENTÍSTICA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## DENTÍSTICA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	Obturação feita em resina da cor do dente, recobrimo uma parede do dente, após a remoção da cárie	✓	✓	✓	✓	✓
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Obturação feita em resina da cor do dente, recobrimo duas paredes do dente, após a remoção da cárie	✓	✓	✓	✓	✓
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	Obturação feita em resina da cor do dente, recobrimo três paredes do dente, após a remoção da cárie	✓	✓	✓	✓	✓
85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	Obturação feita em resina da cor do dente, recobrimo 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, obturar o dente com material definitivo	✓	✓	✓	✓	✓
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	Estabilização da mordida acrescentando material	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## DENTÍSTICA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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 Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	Procedimento cirúrgico na gengiva para realização de uma limpeza mais profunda para promover a diminuição da bolsa periodontal	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PERIODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PERIODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

## ENDODONTIA

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
17165	UTILIZAÇÃO DE MICROSCÓPIO EM ENDODONTIA	Instrumento que auxilia no tratamento de canal , facilitando a visualização da região a ser tratada	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ENDODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ENDODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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 Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE DO ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	✓	✓	✓	✓	✓
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	Não coberto	Não coberto	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE DO ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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 JURÍDICA 700 DPME

## DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR-OROFACIAL

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓

## ODONTOLOGIA ESTÉTICA

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
8260	CLAREAMENTO A LASER (2 ARCOS)	Clareamento realizado em consultório	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	Clareamento de dente utilizando moldeira e gel clareador	Não coberto	✓	✓	✓	✓
85100072	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	Moldeira utilizada para clareamento dos dentes	Não coberto	✓	✓	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE EXTRA ROL

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
4010	PLANEJAMENTO EM PRÓTESE (MODELOS E MONTAGEM EM ARTICULADOR)	Planejamento para o tratamento	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓
21381	CASQUETE DE MOLDAGEM	Moldagem do dente para confecção da prótese definitiva	Não coberto	Não coberto	Não coberto	✓	✓
41157	ENCAIXE - MACHO OU FEMEA	Peça usada para fixação da prótese definitiva	Não coberto	Não coberto	Não coberto	✓	✓
41239	FRESA (POR ELEMENTO)	Peça usada para ajustar a prótese definitiva	Não coberto	Não coberto	Não coberto	✓	✓
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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	Não coberto	✓	✓
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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓
85400238	ONLAY DE RESINA INDIRETA	Bloco de resina confeccionado para a região que tritura o alimento dos dentes molares comprometidos	Não coberto	Não coberto	Não coberto	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	Não coberto	✓	✓
85400432	PROVISÓRIO PARA FACETA	Um tipo de prótese: uma lâmina de resina cimentada na parte da frente do dente	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## PRÓTESE EXTRA ROL (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓
85400580	JIG OU FRONT PLATO - ÓRTESE REPOSICIONADORA	Dispositivo usado para reposicionar a mordida chamado jig ou front plato	Não coberto	Não coberto	Não coberto	✓	✓
85400602	PONTO DE SOLDA	Procedimento no qual pontos de contato da superfície do metal são unidos pelo calor	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## IMPLANTODONTIA

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
9	PLANEJAMENTO CIRÚRGICO E PROTÉTICO (MAIS GUIAS)	Planejamento para o tratamento	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
78	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO CONE BEAM (ARCADA)	Exame de imagem tridimensional realizado em laboratório de radiologia	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
389	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM (2 ARCOS)	Exame de imagem tridimensional realizado em laboratório de radiologia	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
81795	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO CONE BEAM (SEXTANTE)	Exame de imagem tridimensional realizado em laboratório de radiologia	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
81000529	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL	Tomografia computadorizada	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## IMPLANTODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
82001324	REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO NÃO ÓSSEO INTEGRADO	Procedimento cirúrgico para a remoção do implante dentário (estrutura metálica)	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85400122	CROA 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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85400130	CROA 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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500011	CROA 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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500020	CROA 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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500038	CROA 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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## IMPLANTODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500062	GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE	Procedimento realizado para o correto posicionamento e fixação do implante	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500089	MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES	Procedimento realizado nos implantes dentários para evitar inflamação dos tecidos gengivais	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500097	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU ORING SOBRE DOIS IMPLANTES	Prótese Dentária (dentadura) que é confeccionada sobre uma barra clipe que é fixada sobre dois implantes	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500100	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU ORING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES	Prótese dentária (dentadura) que é confeccionada sobre uma barra clipe que é fixada sobre quatro ou mais implantes	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## IMPLANTODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500160	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES	Dentadura fixada em 4 implantes	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500178	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES	Dentadura fixada em 5 implantes	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
85500224	TRATAMENTO DE PERIMPLANTITE POR IMPLANTE	Tratamento de inflamação no implante	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ORTODONTIA

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
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	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
42368	DISJUNTOR HASS	Aparelho fixo no céu da boca	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
42393	PARAFUSO EXPANSOR	Acessório de aparelho fixo ou móvel	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
42402	PLACA DE CONTENCAO	Aparelho móvel usado após finalizado o tratamento ortodôntico	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
42426	PLACA DE CONTENCAO	Aparelho móvel usado após finalizado o tratamento ortodôntico	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
42557	APARELHO ACESSÓRIO	Acessório de aparelho fixo ou móvel	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
42603	REMOÇÃO DE APARELHO FIXO (POLIMENTO INCLUSO)	Retirada do aparelho ortodôntico fixo	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
42676	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO ESTÉTICO	Consulta de acompanhamento da evolução do tratamento ortodôntico com aparelho estético	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
42688	APARELHO FIXO AUTOLIGADO ESTÉTICO	Aparelho fixo autoligado estético	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
42690	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO	Consulta de acompanhamento da evolução do tratamento ortodôntico com aparelho autoligado	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
42709	APARELHO FIXO AUTOLIGADO METÁLICO	Aparelho fixo autoligado metálico	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
81728	COLOCAÇÃO DE APARELHO FIXO - REDE CREDENCIADA	Instalação do aparelho ortodôntico fixo	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ORTODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
81736	APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL	Aparelho fixo autoligado lingual	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
81744	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL	Consulta de acompanhamento da evolução do tratamento ortodôntico com aparelho autoligado lingual	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
81000189	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	Avaliação com o dentista para diagnosticar e planejar o tratamento com aparelho ortodôntico	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
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	Não coberto	Não coberto	✓	✓	✓
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	Cirurgia para instalação de um componente no dente, para puxar o dente que está dentro da gengiva	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
85400270	PLACA OCLUSAL RESILIENTE	Aparelho removível usado para tratamento de disfunção tempo mandibular (dor, dificuldade de abrir ou fechar a boca, zumbidos, problemas musculares)	Não coberto	Não coberto	✓	✓	✓
86000012	ALETAS GOMES	Acessório ortodôntico	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000020	APARELHO DE KLAMMT	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000039	APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR - APM	Componente de um aparelho ortodôntico fixo que auxilia na correção da mordida	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ORTODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
86000047	APARELHO DE THUROW	Aparelho móvel conectado a aparelho extra-bucal	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	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	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000063	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO	Aparelho fixo estético	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
86000098	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO	Aparelho de metal fixo na parte da frente dos dentes (brackets)	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000128	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000136	APM - APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR	Aparelho ortodôntico que junto com o aparelho ortodôntico fixo auxilia na correção da mordida	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000144	ARCO LINGUAL	Arco de metal rígido usado para manter o comprimento e a largura da arcada dos dentes inferiores	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000152	BARRA TRANSPALATINA FIXA	Componente utilizado no tratamento ortodôntico	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000160	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	Acessório removível que fica encaixado de maneira fixa na boca do paciente	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000179	BIONATOR DE BALTERS	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000187	BLOCOS GEMINADOS DE CLARK TWINBLOCK	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ORTODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
86000195	BOTÃO DE NANCE	Dispositivo de metal instalado pelo ortodontista que ajuda no tratamento ortodôntico	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000209	CONTENÇÃO FIXA - POR ARCADEA	Fio que é instalado, após a remoção do aparelho ortodôntico, para evitar a movimentação dos dentes	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000225	DISJUNTOR PALATINO - HIRAX	Aparelho ortodôntico chamado disjuntor palatino - hirax	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000233	DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA	Aparelho ortodôntico chamado disjuntor palatino - macnamara	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000241	DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL	Acessório de aparelho fixo	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000250	DISTALIZADOR DE HILGERS	Aparelho fixo usado para distalizar dentes	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000268	DISTALIZADOR DISTAL JET	Aparelho fixo usado para distalizar dentes	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000276	DISTALIZADOR PENDULO/ PENDEX	Aparelho fixo usado para distalizar dentes	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000284	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	Aparelho fixo usado para distalizar dentes	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000306	GIANELLY	Aparelho fixo	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000314	GRADE PALATINA FIXA	Tipo de aparelho ortodôntico chamado grade palatina fixa	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000322	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	Tipo de aparelho ortodôntico chamado grade palatina removível	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000330	HERBST ENCAPSULADO	Aparelho fixo usado para estimular crescimento da mandíbula	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO	Procedimento realizado pelo ortodontista no aparelho ortodôntico fixo	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ORTODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
86000365	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO ORTOPÉDICO	Procedimento realizado pelo ortodontista no aparelho ortodôntico ortopédico	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO REMOVÍVEL	Procedimento realizado pelo ortodontista no aparelho ortodôntico removível	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000381	MÁSCARA FACIAL DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA	Aparelho extra-oral utilizado em crianças/adolescente	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000390	MENTONEIRA	aparelho extra-oral utilizado em crianças/adolescente	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000403	MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000411	MONOBLOCO	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000438	PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR	Acrescimos de resina realizadas nos dentes	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000446	PISTAS INDIRETAS DE PLANAS	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000454	PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES	Aparelho móvel usado para distalizar dentes	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000462	PLACA DE HAWLEY	Aparelho ortodôntico removível ou móvel, chamado placa de hawley com torno expansor	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000470	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR	Aparelho ortodôntico removível ou móvel, chamado placa de hawley com torno expansor	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000497	PLACA DE SCHWARZ	Aparelho móvel com parafuso	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000500	PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS	Aparelho móvel	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000519	PLACA DUPLA DE SANDERS	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 700 DPME

## ORTODONTIA (continuação)

Código	Descrição	Tradução Procedimento	Dental Bronze Doc	Dental Prata Clareia	Dental Ouro Orto	Dental Ouro Prot	Dental Platinum
86000527	PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO	Aparelho móvel com expansor	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000535	PLACA LÁBIO-ATIVA	A placa lábio ativa é um tipo de aparelho ortodôntico usado nos dentes inferiores	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000543	PLANO ANTERIOR FIXO	Aparelho confeccionado em resina composta e aplicada nos dentes para criar uma rampa inclinada	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000551	PLANO INCLINADO	Aparelho confeccionado em resina composta e aplicada nos dentes para criar uma rampa inclinada	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
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	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000578	REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL	Aparelho móvel que não permite o avanço da mandíbula	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000586	SIMÕES NETWORK	Aparelho móvel usado para tratamento em crianças	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
86000594	SPLINTER	Aparelho extra-oral utilizado em crianças/adolescente	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto
86000608	PLACA DE CONTENÇÃO ORTODÔNTICA	Aparelho móvel usado após finalizado o tratamento ortodôntico	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓
87000199	COLOCAÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO REMOVÍVEL	Instalação do aparelho móvel	Não coberto	Não coberto	✓	Não coberto	✓