

<b>CLÁUSULAS</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1</b>	<b>▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE .....</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>▶ OBJETO DO CONTRATO.....</b>	<b>1</b>
<b>4</b>	<b>▶ NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....</b>	<b>2</b>
<b>5</b>	<b>▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>6</b>	<b>▶ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....</b>	<b>3</b>
<b>7</b>	<b>▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA .....</b>	<b>3</b>
<b>8</b>	<b>▶ ÁREA DE ATUAÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>9</b>	<b>▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO .....</b>	<b>4</b>
<b>10</b>	<b>▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>11</b>	<b>▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....</b>	<b>6</b>
<b>12</b>	<b>▶ EXCLUSÕES CONTRATUAIS .....</b>	<b>15</b>
<b>13</b>	<b>▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>14</b>	<b>▶ DO REEMBOLSO DE DESPESAS.....</b>	<b>18</b>
<b>15</b>	<b>▶ VIGÊNCIA DO CONTRATO .....</b>	<b>28</b>
<b>16</b>	<b>▶ CARÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
<b>17</b>	<b>▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....</b>	<b>30</b>
<b>18</b>	<b>▶ REAJUSTE .....</b>	<b>31</b>
<b>19</b>	<b>▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO .....</b>	<b>32</b>
<b>20</b>	<b>▶ RESCISÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>21</b>	<b>▶ DISPOSIÇÕES GERAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>22</b>	<b>▶ DO FORO.....</b>	<b>36</b>

---

1 ► CLÁUSULA PRIMEIRA

**QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA**

**1.1 – AMIL Assistência Médica Internacional S.A.**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

2 ► CLÁUSULA SEGUNDA

**QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE**

**2.1 – A CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

**2.2 – A CONTRATANTE** é identificada também neste contrato como **BENEFICIÁRIO titular**, devendo indicar expressamente na proposta contratual os **BENEFICIÁRIOS dependentes**, e todos em conjunto serão denominados **BENEFICIÁRIOS**.

3 ► CLÁUSULA TERCEIRA

**OBJETO DO CONTRATO**

**3.1 –** O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos pela **CONTRATADA** das despesas com os procedimentos de assistência odontológica prestada por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** indicados pela **CONTRATANTE** e nas condições de cobertura estabelecidas no presente contrato e de acordo com o estipulado no plano contratado em obediência à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sua regulamentação.

4

#### CLÁUSULA QUARTA

##### NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

4.1 – O plano odontológico indicado a seguir, assegura a cobertura de custos das despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso.

- a) **Dental 200 Nac Doc R**, segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação com previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 471207142, assegurando aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura integral de custos de despesas odontológicas, desde que os serviços envolvidos no atendimento ao **BENEFICIÁRIO** estejam descritos na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

5

#### CLÁUSULA QUINTA

##### TIPO DE CONTRATAÇÃO

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

- a) **Contrato Individual:** é aquele que tem como único **BENEFICIÁRIO** o **TITULAR**.
- b) **Contrato Familiar:** é aquele que tem no mínimo 4 (quatro) **BENEFICIÁRIOS**, sendo ao menos 01 (um) titular e 03 (três) dependentes, do mesmo grupo familiar, de acordo com o grau de parentesco descrito na cláusula CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.

5.1.1 – Caso haja, a qualquer tempo, perda das condições obrigatórias para a qualificação do contrato como familiar, o plano será tido como Individual, inclusive com relação à precificação.

6

## CLÁUSULA SEXTA

### SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

**6.1** – A segmentação assistencial do plano incluído neste contrato é exclusivamente odontológica.

7

## CLÁUSULA SÉTIMA

### ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

**7.1** – Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada, na abrangência geográfica nacional, em consonância com a classificação estabelecida na legislação vigente.

**7.2** – A **CONTRATADA** disponibilizará através do site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br) a relação de todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), no qual constarão os serviços de especialidades.

8

## CLÁUSULA OITAVA

### ÁREA DE ATUAÇÃO

**8.1** – As áreas de atuação do plano odontológico descritas na cláusula quarta compreendem os estados que integram a área geográfica de abrangência do produto, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pelo **BENEFICIÁRIO**.

### ATRIBUTOS DO CONTRATO

**9.1** – A **AMIL** operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o §1º, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, caso este se aplique ao plano escolhido, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

**9.2** – O presente contrato de cobertura odontológica reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no art. 54 do Código de Defesa do Consumidor e arts. 458 a 461 do Código Civil de 2002, assumindo o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la, ou em razão de o evento não constar do Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente.

**9.3** – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**10.1** – Conforme definido na qualificação da **CONTRATANTE**, são considerados como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato o **BENEFICIÁRIO titular** e seus **BENEFICIÁRIOS** dependentes, indicados na proposta contratual, com grau de parentesco ou afinidade em relação ao **BENEFICIÁRIO titular**.

**10.1.1** – São **BENEFICIÁRIOS** dependentes, com relação ao titular:

- a) Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a união por meio dos documentos de certidão de casamento ou declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos), respectivamente.
- b) Os filhos, os enteados, os tutelados que ficam equiparados aos filhos, para fins deste contrato.
- c) Pai, mãe, irmãos, avós, netos(as), tios(as), sobrinho(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrasta, cunhado(a) e concunhado(a).

**10.2** – Em caso de inscrição pelo **BENEFICIÁRIO** 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**.

**10.2.1** – Para fins de aplicação do item anterior, deve ser realizada a solicitação do **BENEFICIÁRIO** à **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do parto, da guarda provisória ou da sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o consequente acréscimo da contraprestação pecuniária.

**10.3** – Os menores de 18 anos poderão ser **BENEFICIÁRIOS** titulares, ou seja, como **CONTRATANTES**, devendo, nesse caso, ser representados ou assistidos na forma da legislação civil, desde que possuam CPF, conforme a legislação vigente.

**10.4** – O **BENEFICIÁRIO titular** deverá preencher, por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS**, todos os dados incluídos na proposta contratual, apresentando os documentos indispensáveis para a comprovação das informações prestadas, como carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento ou casamento e comprovante de residência.

**10.5** – A Será admitida a inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS dependentes**, durante a vigência deste contrato, pela **CONTRATADA**, mediante aplicação de carências, conforme previsto na Cláusula Carências e desde que o **TITULAR** formalize a solicitação através dos canais oficiais de atendimento da **CONTRATADA**.

**11****CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA****COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**11.1** – A cobertura se dará nos limites do plano contratado, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros itens, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato, e as disposições previstas pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, vigentes à época do evento.

**11.2** – A cobertura de custos das despesas com atendimento na rede credenciada assegurada neste contrato será realizada pela **CONTRATADA**, através de pagamento direto ao prestador de serviço, sempre em conformidade com as condições contratuais vigentes.

**11.3** – 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**.

**11.4** – Este contrato prevê cobertura de custos odontológicos para os seguintes procedimentos:

**11.4.1** – Plano Dental 200 Nac Doc R:

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>85100242</b>	Adequação do meio bucal
<b>85400017</b>	Ajuste oclusal por acréscimo
<b>85400025</b>	Ajuste oclusal por desgaste seletivo
<b>82000034</b>	Alveoloplastia

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82000050</b>	Amputação radicular com obturação retrógrada
<b>82000069</b>	Amputação radicular sem obturação retrógrada
<b>82000077</b>	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada
<b>82000085</b>	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada
<b>82000158</b>	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada
<b>82000166</b>	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada
<b>82000174</b>	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada
<b>82000182</b>	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada
<b>84000031</b>	Aplicação de cariostático
<b>84000058</b>	Aplicação de selante – técnica invasiva
<b>84000074</b>	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras
<b>84000090</b>	Aplicação tópica de flúor
<b>84000112</b>	Aplicação tópica de verniz fluoretado
<b>82000190</b>	Aprofundamento/aumento de vestibulo
<b>86000144</b>	Arco lingual
<b>87000016</b>	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
<b>84000139</b>	Atividade educativa em saúde bucal
<b>87000024</b>	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
<b>82000212</b>	Aumento de coroa clínica
<b>00013186</b>	Avaliação da condição de saúde
<b>00014160</b>	Avaliação periodontal e controle
<b>86000152</b>	Barra transpalatina fixa (instalação na rede credenciada)
<b>82000239</b>	Biópsia de boca
<b>82000247</b>	Biópsia de glândula salivar
<b>82000255</b>	Biópsia de lábio
<b>82000263</b>	Biópsia de língua
<b>82000271</b>	Biópsia de mandíbula
<b>82000280</b>	Biópsia de maxila
<b>86000195</b>	Botão de nance (instalação na rede credenciada)

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82000298</b>	Bridectomia
<b>82000301</b>	Bridotomia
<b>85100013</b>	Capeamento pulpar direto
<b>82000336</b>	Cirurgia odontológica a retalho
<b>82000344</b>	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
<b>82000352</b>	Cirurgia para exostose maxilar
<b>82000360</b>	Cirurgia para torus mandibular bilateral
<b>82000387</b>	Cirurgia para torus mandibular unilateral
<b>82000395</b>	Cirurgia para torus palatino
<b>82000417</b>	Cirurgia periodontal a retalho
<b>00014077</b>	Cirurgia periodontal por elemento
<b>85200018</b>	Clareamento de dente desvitalizado
<b>85100048</b>	Colagem de fragmentos dentários
<b>82000441</b>	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial
<b>81000014</b>	Condicionamento em odontologia
<b>87000032</b>	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
<b>85400041</b>	Conserto de prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)
<b>85400068</b>	Conserto de prótese total (exclusivamente em consultório)
<b>00011413</b>	Consulta em ambiente hospitalar
<b>81000030</b>	Consulta odontológica
<b>00011318</b>	Consulta odontológica de urgência 24 horas – simples
<b>81000049</b>	Consulta odontológica de urgência
<b>81000057</b>	Consulta odontológica de urgência 24 horas
<b>00011200</b>	Consulta odontológica de urgência em horário comercial
<b>81000090</b>	Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
<b>86000209</b>	Contenção fixa – por arcada
<b>84000163</b>	Controle de biofilme (placa bacteriana)
<b>82000468</b>	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82000484</b>	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
<b>85400572</b>	Coroa 3/4 ou 4/5
<b>83000020</b>	Coroa de acetato em dente decíduo
<b>83000046</b>	Coroa de aço em dente decíduo
<b>83000062</b>	Coroa de policarbonato em dente decíduo
<b>85400076</b>	Coroa provisória com pino
<b>85400084</b>	Coroa provisória sem pino
<b>85400092</b>	Coroa total acrílica prensada
<b>85400114</b>	Coroa total de cerômero (dentes anteriores)
<b>85400149</b>	Coroa total metálica
<b>82000557</b>	Cunha proximal
<b>00014350</b>	Curetagem de bolsa periodontal
<b>85300012</b>	Dessensibilização dentária
<b>00013101</b>	Determinação do CPOS ampliado
<b>81000111</b>	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial
<b>81000138</b>	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial
<b>81000154</b>	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial
<b>81000170</b>	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial
<b>81000197</b>	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
<b>81000200</b>	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
<b>81000219</b>	Diagnóstico e tratamento de halitose
<b>81000235</b>	Diagnóstico e tratamento de xerostomia
<b>81000243</b>	Diagnóstico por meio de enceramento
<b>00012103</b>	Documentação ortodôntica básica
<b>82000646</b>	Enxerto conjuntivo subepitelial
<b>82000662</b>	Enxerto gengival livre
<b>82000689</b>	Enxerto pediculado
<b>82000700</b>	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>87000148</b>	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
<b>00013162</b>	Evidenciação de placa
<b>82000778</b>	Exérese ou excisão de cálculo salivar
<b>82000786</b>	Exérese ou excisão de cistos odontológicos
<b>82000794</b>	Exérese ou excisão de mucocele
<b>82000808</b>	Exérese ou excisão de rânula
<b>82000816</b>	Exodontia a retalho
<b>82001740</b>	Exodontia de inclusos/impactados/supranumerários
<b>82000832</b>	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
<b>82000859</b>	Exodontia de raiz residual
<b>82001294</b>	Exodontia de semi-inclusos/impactados
<b>82001731</b>	Exodontia de semi-inclusos/impactados/supranumerários
<b>83000089</b>	Exodontia simples de decíduo
<b>82000875</b>	Exodontia simples de permanente
<b>85100064</b>	Faceta direta em resina fotopolimerizável (dentes anteriores)
<b>82000883</b>	Frenulectomia labial
<b>82000891</b>	Frenulectomia lingual
<b>82000905</b>	Frenulotomia labial
<b>82000913</b>	Frenulotomia lingual
<b>82000921</b>	Gengivectomia
<b>00014397</b>	Gengivectomia por elemento
<b>82000948</b>	Gengivoplastia
<b>86000314</b>	Grade palatina fixa
<b>86000322</b>	Grade palatina removível
<b>85000787</b>	Imobilização dentária em dentes decíduos
<b>85300020</b>	Imobilização dentária em dentes permanentes
<b>82001022</b>	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82001030</b>	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
<b>00081728</b>	Instalação ortodôntica (aparelho fixo metálico ou aparelho removível – rede credenciada)
<b>81000294</b>	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
<b>83000097</b>	Mantenedor de espaço fixo
<b>83000100</b>	Mantenedor de espaço removível
<b>00017011</b>	Mumificação pulpar
<b>00041227</b>	Núcleo de fibra de vidro ou fibra de carbono mais preenchimento
<b>85400211</b>	Núcleo de preenchimento
<b>85400220</b>	Núcleo metálico fundido
<b>82001073</b>	Odontossecção
<b>00014373</b>	Periodontia módulo 2**
<b>00014385</b>	Periodontia módulo 3***
<b>00042402</b>	Placa de contenção
<b>86000462</b>	Placa de hawley
<b>86000470</b>	Placa de hawley – com torno expensor
<b>86000535</b>	Placa lábio-ativa
<b>85400270</b>	Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada)
<b>00014362</b>	Prevenção módulo 1*
<b>84000198</b>	Profilaxia: polimento coronário
<b>85200042</b>	Pulpotomia
<b>83000127</b>	Pulpotomia em dente decíduo
<b>82001103</b>	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial
<b>82001120</b>	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial
<b>86000560</b>	Quadri-hélice
<b>81000324</b>	Radiografia anteroposterior
<b>81000340</b>	Radiografia da ATM
<b>81000367</b>	Radiografia de mão e punho – carpal
<b>81000375</b>	Radiografia interproximal – bite-wing

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>00012164</b>	Radiografia interproximal – bite-wing em clínica radiológica
<b>81000561</b>	Radiografia lateral do corpo da mandíbula
<b>81000383</b>	Radiografia oclusal
<b>00012176</b>	Radiografia oclusal em clínica radiológica
<b>81000405</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
<b>81000413</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
<b>81000421</b>	Radiografia periapical
<b>00012152</b>	Radiografia periapical em clínica radiológica
<b>81000430</b>	Radiografia posteroanterior
<b>85300039</b>	Raspagem subgengival/alisamento radicular
<b>85300047</b>	Raspagem supragengival
<b>82001154</b>	Reconstrução de sulco gengivolabial
<b>82001170</b>	Redução cruenta de fratura alveolodentária
<b>82001189</b>	Redução incruenta de fratura alveolodentária
<b>82001197</b>	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)
<b>85400483</b>	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório)
<b>82001251</b>	Reimplante dentário com contenção
<b>84000201</b>	Remineralização
<b>00042603</b>	Remoção de aparelho fixo (polimento incluso)
<b>85200050</b>	Remoção de corpo estranho intracanal
<b>82001286</b>	Remoção de dentes inclusos/impactados
<b>82001308</b>	Remoção de dreno extraoral
<b>82001316</b>	Remoção de dreno intraoral
<b>85200077</b>	Remoção de núcleo intrarradicular
<b>82001367</b>	Remoção de odontoma
<b>85300055</b>	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
<b>00015194</b>	Reparo em restauração
<b>83000135</b>	Restauração atraumática em dente decíduo
<b>85100080</b>	Restauração atraumática em dente permanente

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>85100099</b>	Restauração de amálgama – 1 face
<b>85100102</b>	Restauração de amálgama – 2 faces
<b>85100110</b>	Restauração de amálgama – 3 faces
<b>85100129</b>	Restauração de amálgama – 4 faces
<b>00015240</b>	Restauração de ângulo
<b>00015264</b>	Restauração de superfície radicular
<b>85100137</b>	Restauração em ionômero de vidro – 1 face
<b>85100145</b>	Restauração em ionômero de vidro – 2 faces
<b>85100153</b>	Restauração em ionômero de vidro – 3 faces
<b>85100161</b>	Restauração em ionômero de vidro – 4 faces
<b>85100196</b>	Restauração em resina fotopolimerizável – 1 face
<b>85100200</b>	Restauração em resina fotopolimerizável – 2 faces
<b>85100218</b>	Restauração em resina fotopolimerizável – 3 faces
<b>85100226</b>	Restauração em resina fotopolimerizável – 4 faces
<b>85400556</b>	Restauração metálica fundida
<b>85200085</b>	Restauração temporária/tratamento expectante
<b>82001391</b>	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial
<b>82001413</b>	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial
<b>85200093</b>	Retratamento endodôntico birradicular
<b>85200107</b>	Retratamento endodôntico multirradicular
<b>85200115</b>	Retratamento endodôntico unirradicular
<b>82001464</b>	Sepultamento radicular
<b>82001499</b>	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial
<b>81000480</b>	Telerradiografia com traçado cefalométrico
<b>81000472</b>	Telerradiografia
<b>84000228</b>	Teste de capacidade tampão da saliva
<b>84000236</b>	Teste de contagem microbiológica
<b>84000244</b>	Teste de fluxo salivar
<b>84000252</b>	Teste de ph salivar
<b>82001502</b>	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82001545</b>	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região bucomaxilofacial
<b>82001510</b>	Tratamento cirúrgico das fístulas buconasais
<b>82001529</b>	Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais
<b>82001553</b>	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial
<b>82001588</b>	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
<b>82001596</b>	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
<b>82001618</b>	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial
<b>82001634</b>	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – ATM
<b>85300063</b>	Tratamento de abscesso periodontal agudo
<b>82001650</b>	Tratamento de alveolite
<b>85100234</b>	Tratamento de fluorose – microabrasão
<b>85300071</b>	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA
<b>85200123</b>	Tratamento de perfuração endodôntica
<b>85300080</b>	Tratamento de pericoronarite
<b>85200140</b>	Tratamento endodôntico birradicular
<b>85200131</b>	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
<b>83000151</b>	Tratamento endodôntico em dente decíduo
<b>85200158</b>	Tratamento endodôntico multirradicular
<b>85200166</b>	Tratamento endodôntico unirradicular
<b>82001685</b>	Tunelização
<b>82001707</b>	Ulectomia
<b>82001715</b>	Ulotomia
<b>00017165</b>	Utilização de microscópio em endodontia

\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*\*O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

12

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

### EXCLUSÕES CONTRATUAIS

**12.1** – O presente contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso, **EM QUALQUER HIPÓTESE**, para os eventos que se seguem:

**12.1.1** – Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e materiais odontológicos listados no Rol de procedimentos odontológicos vigentes à época do evento quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos sem estrutura hospitalar.

**12.1.2** – Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

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

**12.1.4** – Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

**12.2** – Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua adesão, exceto se incorporado ao Rol de Procedimentos Odontológicos pelo órgão regulador.

**12.3** – Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo **BENEFICIÁRIO**, que incluem, entre outros: ingestão de bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.

**12.4** – Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.

**12.5** – Implantes, próteses sobre implantes e transplantes.

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

**12.7** – Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

**12.8** – Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na Segmentação Assistência Médica, vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.

**12.9** – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.

**12.10** – Quaisquer atendimentos em casos de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.

**12.11** – Igualmente não haverá cobertura para as despesas ou custos decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** à consulta por ele marcada.

**12.12** – Instalação, remoção e/ou manutenção de aparelhos ortodônticos fixo dos tipos: estético, auto ligado, lingual, bem como reposição destes aparelhos e/ou acessórios (bandas, botões, ganchos e etc).

**12.13** – Instalação, remoção e/ou manutenção de aparelhos ortodônticos removíveis do tipo alinhadores.

**12.14** – Implantes ortodônticos com finalidade de ancoragem dentária e/ou movimentação/tração de dentes.

13

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

#### MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**13.1** – A **CONTRATADA** disponibilizará rede credenciada do produto escolhido pela **CONTRATANTE** e um cartão de identificação por **BENEFICIÁRIO**, que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado de documento de identificação com foto.

**13.1.1** – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

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

**13.3** – A qualquer momento, o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.

**13.4** – Os ônus decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** a qualquer consulta será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista o direito de cobrar pela ausência diretamente ao **BENEFICIÁRIO**.

**13.5** – A **CONTRATADA** poderá proceder à alteração na rede credenciada nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através do teleatendimento ou pelo site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br).

**DO REEMBOLSO DE DESPESAS**

**14.1** – A **CONTRATADA** reembolsará as despesas com o atendimento dos procedimentos odontológicos vinculados à cobertura contratada, desde que ocorrido na área de abrangência do plano contratado, após sua avaliação e comprovação, conforme a Tabela de Reembolso Amil Dental, parte integrante deste instrumento jurídico.

**14.1.1** – Será utilizada como base de cálculo a quantidade estabelecida na Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental PF multiplicada pelo correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO), esta no valor de R\$ 5,80.

**14.1.2** – O reajuste do valor da USO será de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado).

**14.1.3** – Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental 200 Nac Doc R:

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>85100242</b>	Adequação do meio bucal	2,73
<b>85400017</b>	Ajuste oclusal por acréscimo	2,70
<b>85400025</b>	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	2,70
<b>82000034</b>	Alveoloplastia	3,10
<b>82000050</b>	Amputação radicular com obturação retrógrada	6,00
<b>82000069</b>	Amputação radicular sem obturação retrógrada	6,00
<b>82000077</b>	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	22,32
<b>82000085</b>	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	18,60
<b>82000158</b>	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	33,80
<b>82000166</b>	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	25,40
<b>82000174</b>	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	16,74

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>82000182</b>	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada	13,58
<b>84000031</b>	Aplicação de cariostático	0,10
<b>84000058</b>	Aplicação de selante – técnica invasiva	8,70
<b>84000074</b>	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	2,09
<b>84000090</b>	Aplicação tópica de flúor	2,68
<b>84000112</b>	Aplicação tópica de verniz fluoretado	2,68
<b>82000190</b>	Aprofundamento/aumento de vestibulo	8,93
<b>86000144</b>	Arco lingual	5,00
<b>87000016</b>	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	1,90
<b>84000139</b>	Atividade educativa em saúde bucal	1,90
<b>87000024</b>	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	1,90
<b>82000212</b>	Aumento de coroa clínica	7,90
<b>00013186</b>	Avaliação da condição de saúde	2,42
<b>00014160</b>	Avaliação periodontal e controle	3,00
<b>86000152</b>	Barra transpalatina fixa (instalação na rede credenciada)	5,00
<b>82000239</b>	Biópsia de boca	4,91
<b>82000247</b>	Biópsia de glândula salivar	4,91
<b>82000255</b>	Biópsia de lábio	4,91
<b>82000263</b>	Biópsia de língua	4,91
<b>82000271</b>	Biópsia de mandíbula	4,91
<b>82000280</b>	Biópsia de maxila	4,91
<b>86000195</b>	Botão de nance (instalação na rede credenciada)	5,00
<b>82000298</b>	Bridectomia	12,27
<b>82000301</b>	Bridotomia	12,27
<b>85100013</b>	Capeamento pulpar direto	1,30
<b>82000336</b>	Cirurgia odontológica a retalho	3,50
<b>82000344</b>	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	3,75
<b>82000352</b>	Cirurgia para exostose maxilar	8,93

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>82000360</b>	Cirurgia para torus mandibular bilateral	13,40
<b>82000387</b>	Cirurgia para torus mandibular unilateral	8,93
<b>82000395</b>	Cirurgia para torus palatino	8,93
<b>82000417</b>	Cirurgia periodontal a retalho	10,50
<b>00014077</b>	Cirurgia periodontal por elemento	4,50
<b>85200018</b>	Clareamento de dente desvitalizado	12,56
<b>85100048</b>	Colagem de fragmentos dentários	7,76
<b>82000441</b>	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial	4,91
<b>81000014</b>	Condicionamento em odontologia	1,00
<b>87000032</b>	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	1,00
<b>85400041</b>	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	4,56
<b>85400068</b>	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	12,00
<b>00011413</b>	Consulta em ambiente hospitalar	13,79
<b>81000030</b>	Consulta odontológica	2,42
<b>00011318</b>	Consulta odontológica de urgência 24 horas – simples	2,07
<b>81000049</b>	Consulta odontológica de urgência	2,14
<b>81000057</b>	Consulta odontológica de urgência 24 horas	8,62
<b>00011200</b>	Consulta odontológica de urgência em horário comercial	2,07
<b>81000090</b>	Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro	2,00
<b>86000209</b>	Contenção fixa – por arcada	5,00
<b>84000163</b>	Controle de biofilme (placa bacteriana)	7,23
<b>82000468</b>	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial	1,07
<b>82000484</b>	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial	1,07
<b>85400572</b>	Coroa 3/4 ou 4/5	19,38

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>83000020</b>	Coroa de acetato em dente decíduo	10,48
<b>83000046</b>	Coroa de aço em dente decíduo	10,48
<b>83000062</b>	Coroa de policarbonato em dente decíduo	10,48
<b>85400076</b>	Coroa provisória com pino	12,00
<b>85400084</b>	Coroa provisória sem pino	12,00
<b>85400092</b>	Coroa total acrílica prensada	16,40
<b>85400114</b>	Coroa total de cerômero (dentes anteriores)	41,00
<b>85400149</b>	Coroa total metálica	28,50
<b>82000557</b>	Cunha proximal	7,81
<b>00014350</b>	Curetagem de bolsa periodontal	3,28
<b>85300012</b>	Dessensibilização dentária	0,91
<b>00013101</b>	Determinação do CPOS ampliado	3,00
<b>81000111</b>	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial	4,14
<b>81000138</b>	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial	4,14
<b>81000154</b>	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial	4,14
<b>81000170</b>	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial	4,14
<b>81000197</b>	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	2,00
<b>81000200</b>	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	2,00
<b>81000219</b>	Diagnóstico e tratamento de halitose	2,00
<b>81000235</b>	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	2,00
<b>81000243</b>	Diagnóstico por meio de enceramento	0,10
<b>00012103</b>	Documentação ortodôntica básica	13,82
<b>82000646</b>	Enxerto conjuntivo subepitelial	11,08
<b>82000662</b>	Enxerto gengival livre	11,08
<b>82000689</b>	Enxerto pediculado	7,81
<b>82000700</b>	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	1,00
<b>87000148</b>	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	1,00

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>00013162</b>	Evidenciação de placa	0,50
<b>82000778</b>	Exérese ou excisão de cálculo salivar	4,71
<b>82000786</b>	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	14,88
<b>82000794</b>	Exérese ou excisão de mucocele	8,00
<b>82000808</b>	Exérese ou excisão de rânula	14,88
<b>82000816</b>	Exodontia a retalho	4,80
<b>82001740</b>	Exodontia de inclusos/impactados/ supranumerários	13,58
<b>82000832</b>	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	4,32
<b>82000859</b>	Exodontia de raiz residual	3,93
<b>82001294</b>	Exodontia de semi-inclusos/impactados	10,00
<b>82001731</b>	Exodontia de semi-inclusos/impactados/ supranumerários	10,00
<b>83000089</b>	Exodontia simples de decíduo	2,50
<b>82000875</b>	Exodontia simples de permanente	4,32
<b>85100064</b>	Faceta direta em resina fotopolimerizável (dentes anteriores)	6,83
<b>82000883</b>	Frenulectomia labial	8,93
<b>82000891</b>	Frenulectomia lingual	8,93
<b>82000905</b>	Frenulotomia labial	8,93
<b>82000913</b>	Frenulotomia lingual	8,93
<b>82000921</b>	Gengivectomia	9,09
<b>00014397</b>	Gengivectomia por elemento	1,70
<b>82000948</b>	Gengivoplastia	6,06
<b>86000314</b>	Grade palatina fixa	5,00
<b>86000322</b>	Grade palatina removível	5,00
<b>85000787</b>	Imobilização dentária em dentes decíduos	0,10
<b>85300020</b>	Imobilização dentária em dentes permanentes	5,40
<b>82001022</b>	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial	9,67

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>82001030</b>	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial	9,67
<b>00081728</b>	Instalação ortodôntica (aparelho fixo metálico ou aparelho removível – rede credenciada)	2,42
<b>81000294</b>	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)	8,50
<b>83000097</b>	Mantenedor de espaço fixo	18,44
<b>83000100</b>	Mantenedor de espaço removível	13,28
<b>00017011</b>	Mumificação pulpar	4,09
<b>00041227</b>	Núcleo de fibra de vidro ou fibra de carbono mais preenchimento	9,76
<b>85400211</b>	Núcleo de preenchimento	2,00
<b>85400220</b>	Núcleo metálico fundido	14,00
<b>82001073</b>	Odontossecção	7,00
<b>00014373</b>	Periodontia módulo 2**	2,77
<b>00014385</b>	Periodontia módulo 3***	4,87
<b>00042402</b>	Placa de contenção	5,00
<b>86000462</b>	Placa de hawley	5,00
<b>86000470</b>	Placa de hawley – com torno expansor	5,00
<b>86000535</b>	Placa lábio-ativa	5,00
<b>85400270</b>	Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada)	14,04
<b>00014362</b>	Prevenção módulo 1*	1,54
<b>84000198</b>	Profilaxia: polimento coronário	1,90
<b>85200042</b>	Pulpotomia	6,70
<b>83000127</b>	Pulpotomia em dente decíduo	6,70
<b>82001103</b>	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial	4,00
<b>82001120</b>	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial	4,00
<b>86000560</b>	Quadri-hélice	5,00
<b>81000324</b>	Radiografia anteroposterior	3,54
<b>81000340</b>	Radiografia da ATM	7,89

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>81000367</b>	Radiografia de mão e punho – carpal	3,66
<b>81000375</b>	Radiografia interproximal – bite-wing	0,65
<b>00012164</b>	Radiografia interproximal – bite-wing em clínica radiológica	1,00
<b>81000561</b>	Radiografia lateral corpo da mandíbula	0,97
<b>81000383</b>	Radiografia oclusal	1,80
<b>00012176</b>	Radiografia oclusal em clínica radiológica	1,80
<b>81000405</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/ maxila (ortopantomografia)	4,00
<b>81000413</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/ maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	4,00
<b>81000421</b>	Radiografia periapical	0,65
<b>00012152</b>	Radiografia periapical em clínica radiológica	1,00
<b>81000430</b>	Radiografia posteroanterior	3,54
<b>85300039</b>	Raspagem subgengival/alisamento radicular	2,80
<b>85300047</b>	Raspagem supragengival	1,00
<b>82001154</b>	Reconstrução de sulco gengivolabial	12,06
<b>82001170</b>	Redução cruenta de fratura alveolodentária	6,94
<b>82001189</b>	Redução incruenta de fratura alveolodentária	3,85
<b>82001197</b>	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)	3,00
<b>85400483</b>	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório)	9,32
<b>82001251</b>	Reimplante dentário com contenção	16,00
<b>84000201</b>	Remineralização	2,56
<b>00042603</b>	Remoção de aparelho fixo (polimento incluso)	6,21
<b>85200050</b>	Remoção de corpo estranho intracanal	4,42
<b>82001286</b>	Remoção de dentes inclusos/impactados	13,58
<b>82001308</b>	Remoção de dreno extraoral	2,14
<b>82001316</b>	Remoção de dreno intraoral	2,14
<b>85200077</b>	Remoção de núcleo intrarradicular	4,42
<b>82001367</b>	Remoção de odontoma	13,76
<b>85300055</b>	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)	1,58

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>00015194</b>	Reparo em restauração	1,50
<b>83000135</b>	Restauração atraumática em dente decíduo	2,90
<b>85100080</b>	Restauração atraumática em dente permanente	2,90
<b>85100099</b>	Restauração de amálgama – 1 face	2,50
<b>85100102</b>	Restauração de amálgama – 2 faces	3,25
<b>85100110</b>	Restauração de amálgama – 3 faces	3,90
<b>85100129</b>	Restauração de amálgama – 4 faces	4,50
<b>00015240</b>	Restauração de ângulo	5,18
<b>00015264</b>	Restauração de superfície radicular	11,32
<b>85100137</b>	Restauração em ionômero de vidro – 1 face	2,90
<b>85100145</b>	Restauração em ionômero de vidro – 2 faces	2,90
<b>85100153</b>	Restauração em ionômero de vidro – 3 faces	2,90
<b>85100161</b>	Restauração em ionômero de vidro – 4 faces	2,90
<b>85100196</b>	Restauração em resina fotopolimerizável – 1 face	3,53
<b>85100200</b>	Restauração em resina fotopolimerizável – 2 faces	3,99
<b>85100218</b>	Restauração em resina fotopolimerizável – 3 faces	5,18
<b>85100226</b>	Restauração em resina fotopolimerizável – 4 faces	5,18
<b>85400556</b>	Restauração metálica fundida	28,50
<b>85200085</b>	Restauração temporária/tratamento expectante	2,90
<b>82001391</b>	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial	13,56
<b>82001413</b>	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial	2,14
<b>85200093</b>	Retratamento endodôntico birradicular	18,33
<b>85200107</b>	Retratamento endodôntico multirradicular	27,69
<b>85200115</b>	Retratamento endodôntico unirradicular	13,95
<b>82001464</b>	Sepultamento radicular	4,00
<b>82001499</b>	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial	2,14
<b>81000480</b>	Telerradiografia com traçado cefalométrico	5,77

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>81000472</b>	Telerradiografia	4,35
<b>84000228</b>	Teste de capacidade tampão da saliva	0,50
<b>84000236</b>	Teste de contagem microbiológica	8,00
<b>84000244</b>	Teste de fluxo salivar	0,50
<b>84000252</b>	Teste de ph salivar	0,50
<b>82001502</b>	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	18,00
<b>82001545</b>	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região bucomaxilofacial	12,27
<b>82001510</b>	Tratamento cirúrgico das fístulas buconasais	10,61
<b>82001529</b>	Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais	10,61
<b>82001553</b>	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial	9,09
<b>82001588</b>	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial	13,60
<b>82001596</b>	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial	13,60
<b>82001618</b>	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial	8,00
<b>82001634</b>	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	13,58
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – ATM	3,00
<b>85300063</b>	Tratamento de abscesso periodontal agudo	1,00
<b>82001650</b>	Tratamento de alveolite	2,14
<b>85100234</b>	Tratamento de fluorose – microabrasão	2,68
<b>85300071</b>	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA	1,00
<b>85200123</b>	Tratamento de perfuração endodôntica	8,93
<b>85300080</b>	Tratamento de pericoronarite	2,14
<b>85200140</b>	Tratamento endodôntico birradicular	16,18
<b>85200131</b>	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	2,77
<b>83000151</b>	Tratamento endodôntico em dente decíduo	7,80

## CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 A WEB

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	24,36
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	9,86
82001685	Tunelização	4,50
82001707	Ulectomia	3,72
82001715	Ulotomia	3,72
00017165	Utilização de microscópio em endodontia	8,63

USO = Unidade de Serviço Odontológico

\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*\*O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

**14.2** – Os reembolsos serão efetuados de acordo com as normas administrativas da **CONTRATADA**, mediante a apresentação de documentos (recibos) e laudos odontológicos, indispensáveis em seus originais, conforme definido a seguir, visando sempre a cálculos corretos para o cumprimento deste contrato e em conformidade com o plano contratado:

- recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta;
- nome do **BENEFICIÁRIO** atendido;
- nome do titular ou responsável pelo contrato;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- assinatura e carimbo do responsável pela realização do atendimento (dentista);
- CPF/CNPJ e CRO do dentista e/ou responsável da clínica;

- data da realização do evento;
- radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se for necessária a avaliação técnica do procedimento realizado).

**14.3** – Dados necessários do cliente: CPF do titular do plano, conta bancária, nome e número do banco, nome e número da agência bancária.

**14.4** – Os documentos (recibos e laudos) deverão ser entregues ou enviados à **CONTRATADA**, no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data em que ocorrer o evento odontológico.

**14.5** – O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em um prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da data de entrega da documentação completa na central de reembolso da **CONTRATADA**.

**14.6** – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar do **BENEFICIÁRIO** a documentação, informações complementares ou auditoria sobre o procedimento a ser reembolsado, no prazo de até 10 (dez) dias úteis após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de até 15 (quinze) dias úteis a partir do cumprimento das solicitações.

**14.7** – Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como titular do plano, sendo indispensável a apresentação do seu CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

#### VIGÊNCIA DO CONTRATO

**15.1** – O período de vigência do contrato será de 12 meses, contados a partir da data de confirmação do pagamento referente a mensalidade inicial, em conformidade ao disposto na Instrução Normativa 23, Anexo I, tema V – Duração do Contrato, A, item 2 publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e sua renovação será automática, vigorando por prazo indeterminado.

**15.1.1** – Caso não haja concordância com a renovação automática, o **CONTRATANTE** deverá notificar previamente a **CONTRATADA**, manifestando o seu não interesse pela manutenção do contrato.

**15.2** – No ato da renovação do contrato será facultado ao **BENEFICIÁRIO** alterar a forma de pagamento das futuras mensalidades para a modalidade boleto mensal, porém, neste caso, não será concedido o desconto referente à anuidade. As parcelas serão cobradas de acordo com o valor original do plano, observando-se ainda a cláusula Reajuste.

16

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

### CARÊNCIAS

**16.1** – Carência é o período ininterrupto durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato.

**16.2** – Os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão os seguintes prazos de carência, contados do início de sua inclusão no plano, sempre em conformidade com as condições contratadas:

**16.2.1** – Para as contratações cuja opção inicial de pagamento tenha sido mediante boleto bancário:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência.
- b) 180 (cento e oitenta) dias para cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção emporo-mandibular, endodontia, odontologia preventiva, ortodontia, periodontia, prótese, radiologia.

**16.2.2** – Para as contratações cuja opção inicial de pagamento tenha sido mediante cartão de crédito:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência.
- b) 24 (vinte e quatro) horas para cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporo-mandibular, endodontia, odontologia preventiva, ortodontia, periodontia, prótese, radiologia.

### FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

**17.1** – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

#### Pagamento da contraprestação pecuniária

**17.2** – A contraprestação pecuniária (mensalidade) que o **BENEFICIÁRIO** titular pagará à **CONTRATADA**, decorrente deste contrato, será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS** dependentes inscritos no presente contrato, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado no documento da respectiva confirmação de cadastro.

**17.3** – Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba o seu boleto bancário ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA** ou retirá-lo diretamente através do site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br).

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

**17.5** – Os pagamentos deverão ser feitos mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de vencimento constante do documento de confirmação de cadastro ou do boleto bancário referente à primeira mensalidade ou ainda no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

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

**17.7** – O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

**17.8** – Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, 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 sua atualização monetária, incidindo sobre o débito em atraso.

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

**17.10** – Independentemente da utilização dos serviços prestados, é obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido e conforme o previsto no documento de confirmação de cadastro.

**17.11** – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**.

**18**

## **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA**

### **REAJUSTE**

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

**18.2** – As parcelas mensais serão corrigidas de acordo com a cláusula REAJUSTE, na periodicidade autorizada pela legislação vigente à época do reajuste ou determinada pelo órgão governamental competente.

### CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**19.1** – A exclusão de **BENEFICIÁRIOS dependentes** será realizada mediante pedido do **BENEFICIÁRIO titular**.

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

**19.3** – No caso de exclusão do **BENEFICIÁRIO titular**, inclusive por morte, será mantida a assistência aos dependentes já inscritos, nas mesmas condições contratuais, sendo apontado pelos dependentes o novo responsável pelo pagamento das contraprestações pecuniárias.

**19.3.1** – Esse direito à manutenção não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

**19.4** – Além das hipóteses anteriores, os **BENEFICIÁRIOS titulares e/ou dependentes** perderão sua condição nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, mediante procedimento administrativo específico.
- b) Prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE** com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.
- c) Perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** dependente.

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

## RESCISÃO

**20.1** – O **BENEFICIÁRIO titular** poderá, a qualquer tempo, solicitar a rescisão do presente contrato ou a exclusão (cancelamento) de **BENEFICIÁRIOS dependentes**, nos termos do disposto nesta Cláusula, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas neste contrato.

**20.1.1** – O pedido de rescisão do contrato ou exclusão (cancelamento) de **BENEFICIÁRIO dependente** poderá ser apresentado a **CONTRATANTE** pelos seguintes canais:

- a) presencialmente, na sede da **CONTRATADA**, ou em seus escritórios regionais;
- b) por meio de atendimento telefônico (SAC); ou ainda
- c) por meio do sítio eletrônico ([www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br)).

**20.2** – A **CONTRATADA** terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias.

**20.2.1** – O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput encontra-se condicionado à inequívoca notificação do devedor até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

**20.3** – Fica garantido à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

**20.4** – Considerando que se aplicam subsidiariamente a estes contratos as disposições do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, entre as quais a boa-fé, a omissão de informações ou o fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE** para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes ou terceiros, são reconhecidos como violação ao contrato, permitindo à **CONTRATADA** buscar a rescisão do contrato por fraude, bem como indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

**20.5** – Em caso de rescisão do contrato ou eventual exclusão de **BENEFICIÁRIO(S)**, que não seja por motivo de morte, antes de 12 meses de vigência inicial, incidirá à **CONTRATANTE** o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para completar o período, relativo ao número de **BENEFICIÁRIOS** excluídos, independentemente da utilização.

**20.5.1** – No caso de cancelamento do contrato, o valor proporcional de que trata o item 20.5 será o resultado da seguinte equação: valor anual do contrato dividido por 12 (doze) e multiplicado pela quantidade de meses remanescentes para completar o período de 12 (doze) meses de vigência e, multiplicado, ainda, pelo percentual estabelecido no referido item.

**20.5.1.1** – No caso de exclusão de **BENEFICIÁRIO(S)**, o valor proporcional de que trata o item 20.5 será o resultado da seguinte equação: valor anual do plano relativo ao(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s), dividido por 12 (doze) e multiplicado pela quantidade de meses remanescentes para completar o período de 12 (doze) meses de vigência e, multiplicado, ainda, pelo percentual estabelecido no item 20.5.

**20.5.2** – Observado o disposto nos itens anteriores, a **AMIL** efetuará o acerto a débito ou a crédito, sendo que:

- a) Se a opção inicial foi pelo pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do contrato, a **AMIL** providenciará o cancelamento destas parcelas futuras junto à administradora do cartão e encaminhará para esta última o valor relativo à respectiva multa, a qual deverá ser paga em uma única parcela pelo **BENEFICIÁRIO**.
- b) Se a opção inicial foi pelo pagamento à vista ou ainda que parcelado o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário, a **AMIL** providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente que será calculado na forma do item 20.5 e subitens seguintes deste contrato, conforme o caso, em conta corrente do **BENEFICIÁRIO**, deduzindo o valor da respectiva multa.

**20.6** – Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, o presente contrato também será rescindido de pleno direito, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caiba direito a qualquer indenização, na hipótese de fraude ou dolo comprovados.

**20.7** – Após o primeiro ano de vigência, a **CONTRATANTE** poderá, a qualquer tempo, extinguir o presente contrato, mediante aviso prévio à **CONTRATADA**, através de formalização em seus canais de atendimento via central telefônica ou site oficial.

21

## CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

### DISPOSIÇÕES GERAIS

**21.1** – O direito ao credenciamento e descredenciamento, de qualquer prestador de serviço, é de competência exclusiva da **CONTRATADA**, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do atendimento para os seus **BENEFICIÁRIOS**. Em caso de descredenciamento, a **CONTRATADA** providenciará uma alternativa para a continuidade do tratamento.

**21.2** – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente contrato, incluindo o sentido da terminologia utilizada nele, serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

**21.4** – Cada uma das partes pagará os honorários do dentista que designar. E os do terceiro dentista serão pagos pelo responsável deste contrato e pela **CONTRATADA**, em partes iguais.

**21.5** – Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou qualquer **BENEFICIÁRIO** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, de seus aditivos ou de comunicação posterior por escrito.

**21.6** – Será de responsabilidade da **CONTRATADA** entregar ao **BENEFICIÁRIO** titular, previamente à adesão ao presente contrato, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que será disponibilizado através de mídia digital.

**21.7** – Será de responsabilidade da **CONTRATADA** o envio ao **BENEFICIÁRIO** titular do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

**21.8** – A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

**21.9** – 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.

22

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

### DO FORO

**22.1** – As partes elegem o foro da capital deste estado para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.