

<b>CLÁUSULAS</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1</b>	<b>▶ QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE .....</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>▶ OBJETO DO CONTRATO.....</b>	<b>2</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>3</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>7</b>
<b>12</b>	<b>▶ EXCLUSÕES CONTRATUAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>13</b>	<b>▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>14</b>	<b>▶ REEMBOLSO DE DESPESAS .....</b>	<b>19</b>
<b>15</b>	<b>▶ DAS CARÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>
<b>16</b>	<b>▶ OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE .....</b>	<b>31</b>
<b>17</b>	<b>▶ DO LOCAL, DA DATA E DA FORMA DE PAGAMENTO.....</b>	<b>31</b>
<b>18</b>	<b>▶ DURAÇÃO DO CONTRATO .....</b>	<b>32</b>
<b>19</b>	<b>▶ RESCISÃO/SUSPENSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>20</b>	<b>▶ REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO.....</b>	<b>34</b>
<b>21</b>	<b>▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....</b>	<b>39</b>
<b>22</b>	<b>▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....</b>	<b>41</b>
<b>23</b>	<b>▶ REAJUSTE .....</b>	<b>43</b>
<b>24</b>	<b>▶ DISPOSIÇÕES GERAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>25</b>	<b>▶ FORO.....</b>	<b>45</b>

---

1

## CLÁUSULA PRIMEIRA

### QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

**1.1 – Amil Assistência Médica Internacional S.A.**, classificada como medicina de grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, qualificada na proposta contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

2

## CLÁUSULA SEGUNDA

### QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

**2.1 – A CONTRATANTE** é a pessoa jurídica qualificada e identificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual, e que constitui, na condição de **BENEFICIÁRIO**, a população que com ela mantém vínculo de caráter empregatício ou estatutário.

**2.2 – A CONTRATANTE** deve incluir, na data de início da vigência deste contrato, no mínimo, 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS** entre titulares e dependentes e até o máximo de 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

**2.3 – É BENEFICIÁRIO titular** a pessoa habilitada como tal na proposta contratual, ou que venha a ser incluída posteriormente, que mantenha com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária, de acordo com as condições previstas neste contrato.

**2.4 – É BENEFICIÁRIO dependente** a pessoa vinculada ao **BENEFICIÁRIO titular**, tal como definido na cláusula que trata das condições de admissão.

**2.5 – No conjunto, BENEFICIÁRIOS titulares e BENEFICIÁRIOS dependentes** serão denominados simplesmente **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 prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** indicados pela **CONTRATANTE**, nas condições de cobertura estabelecidas no presente contrato e de acordo com o estipulado no plano contratado, em obediência ao que estabelece a 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, quando este estiver previsto no plano escolhido pela **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da proposta comercial.

**a) Dental 200 R DOC** – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação, com previsão de reembolso, assegurando aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao **BENEFICIÁRIO** façam parte da rede credenciada da **CONTRATADA**, para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

**4.2** – O número de registro da ANS do plano consta descrito na proposta contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

5 ▶ CLÁUSULA QUINTA

**TIPO DE CONTRATAÇÃO**

**5.1** – O tipo de contratação deste plano é **Coletivo Empresarial**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

6 ▶ CLÁUSULA SEXTA

**SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**

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

7 ▶ CLÁUSULA SÉTIMA

**ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA**

**7.1** – Com base na Lei nº 9.656/98 e suas 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 descrito na cláusula quarta compreendem os estados que integram as áreas geográficas de abrangência do produto, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pela **CONTRATANTE**.

### 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, com a redação dada pela MP 2.177, de 2001, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos com as coberturas das 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 no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na época do evento. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, 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 de custos odontológicos reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor e dos artigos 458 a 461 do Código Civil de 2002, considerando-se, ainda, esta avença como um contrato, assumindo o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da Amil em garanti-la ou em razão de o evento não constar do Rol de Procedimentos vigente.

**9.3** – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações setoriais vigentes, em especial a Resolução Normativa RN 195/09, alterada pela RN 200/09, bem como, subsidiariamente, pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**10.1** – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

**10.2** – À **CONTRATADA** é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da solicitação de proposta contratual ou da solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, para proceder à aceitação desta proposta contratual ou da referida inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, prevalecendo, após a aceitação, a data de inclusão indicada na solicitação mencionada.

**10.3** – Poderão ser incluídas como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato as pessoas físicas que mantenham vínculo de caráter empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**.

**10.4** – São consideradas **BENEFICIÁRIOS dependentes**, com relação ao **BENEFICIÁRIO titular**, podendo ser incluídas apenas no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO titular**, as seguintes pessoas:

- 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), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrasta, enteado(a), cunhado(a) e concunhado(a).

**10.5** – Em caso de inscrição, pelo **BENEFICIÁRIO**, de filho(s) natural(is) ou de filho(s) adotivo(s) menores de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO**, **desde que sua inclusão seja expressamente solicitada pela CONTRATANTE à CONTRATADA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, respectivamente, a contar do nascimento ou da adoção.** A extinção da adoção confere à **CONTRATADA** o direito de exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano contratado.

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

- a) os dependentes, para serem incluídos no contrato, dependerão da participação do **BENEFICIÁRIO titular** no plano de assistência odontológica;
- b) sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e pelo **BENEFICIÁRIO**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios da legitimidade da pessoa jurídica e da condição de elegibilidade do **BENEFICIÁRIO**, tais como cópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio, porém não limitados a somente estes: atos constitutivos; inscrições no órgão competente; documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes e certidão da sentença de adoção, entre outros.

**10.7** – A **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e a classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares, dependentes ou agregados, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

**10.7.1** – A **CONTRATADA** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A **CONTRATADA** poderá, a seu critério, cobrar pelo fornecimento dessa documentação.

**10.7.2** – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da declaração escrita da **CONTRATANTE**, aprovada pela **CONTRATADA**.

**10.7.3** – A **CONTRATANTE** se obriga a informar à **CONTRATADA** e a promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da ocorrência de alteração na qualificação/condição dos dependentes, tais como: nascimento ou casamento de filho do titular.

**10.7.4** – A **CONTRATANTE** será responsável pelo pagamento das contraprestações mensais dos beneficiários classificados como estagiários, bem como pela utilização correta do sistema da **CONTRATADA**.

**10.7.5** – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, às normas administrativas da **CONTRATADA**.

**10.7.6** – As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de perda das condições de elegibilidade dos **BENEFICIÁRIOS**. Os ônus decorrentes de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato serão de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos incorridos a ela.

**10.8** – O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano definido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído, devendo ser observados os prazos estipulados na cláusula das carências.

**10.9** – No caso de extinção automática do contrato ou na hipótese de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia para sua extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento.

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 área de abrangência estabelecida no contrato e as disposições previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

**11.2** – A cobertura de custos das despesas com atendimento na rede credenciada assegurada neste contrato será realizada pela **CONTRATADA**, por meio 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**.



**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

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

**11.4.1** – Plano Dental 200 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
<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 fósulas 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)

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<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)
<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 24h – simples
<b>81000049</b>	Consulta odontológica de urgência
<b>81000057</b>	Consulta odontológica de urgência 24h

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<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
<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 em 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>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<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
<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 de 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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<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
<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 expansor
<b>86000535</b>	Placa labioativa
<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>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<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
<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>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<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
<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>00012389</b>	Telerradiografia frontal

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>81000480</b>	Telerradiografia com traçado cefalométrico
<b>81000472</b>	Telerradiografia frontal
<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
<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



CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular
82001685	Tunelização
82001707	Ulectomia
82001715	Ulotomia
00017165	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.

### 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, quando, por imperativo clínico, for necessária a realização de procedimentos em estrutura hospitalar, listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

**12.1.1.1** – 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.

**12.1.1.2** – 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.

**12.1.1.3** – Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e a 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 assinatura, exceto se incorporados ao rol pelo órgão regulador.

**12.3** – Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo **BENEFICIÁRIO**, entre outros: ingestão de bebida alcoólica 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 Reembolso de Despesas.

**12.7** – Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, 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, 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 caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.

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

**12.12** – Manutenção de todo e qualquer aparelho ortodôntico e/ou ortopédico, seja ele fixo metálico, ortopédico, removível e/ou estético.

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

**12.14** – Instalação, conserto e remoção de aparelhos ortodônticos removíveis do tipo alinhadores.

**12.15** – Instalação de aparelhos que não estejam especificados na cláusula contratual COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

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

**13**

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

#### **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

**13.1** – A **CONTRATADA** fornecerá para cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação, que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

**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 e 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 serão 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.

**14**

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**

**REEMBOLSO DE DESPESAS**

**14.1** – A **CONTRATADA** reembolsará as despesas com o atendimento dos procedimentos odontológicos vinculados à cobertura contratada por cada **BENEFICIÁRIO**, desde que ocorrido em território nacional, após a avaliação e comprovação, conforme a Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental PME, 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 PME multiplicada pelo correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO); valor esse definido na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual.

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

**14.1.2** – Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental 200 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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<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
<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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<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
<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 24h – simples	2,07
<b>81000049</b>	Consulta odontológica de urgência	2,14
<b>81000057</b>	Consulta odontológica de urgência 24h	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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<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
<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 em 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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<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
<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 de 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



**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<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
<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 expensor	5,00
<b>86000535</b>	Placa labioativa	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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<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
<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 do 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>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<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
<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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 118-1 PME**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<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>00012389</b>	Telerradiografia frontal	4,35
<b>81000480</b>	Telerradiografia com traçado cefalométrico	5,77
<b>81000472</b>	Telerradiografia frontal	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 bucosinusais	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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA	1,00
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	8,93
85300080	Tratamento de pericoronarite	2,14
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	16,18
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	2,77
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	7,80
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 calculados 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 e dados bancários da conta-corrente do titular;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- assinatura e carimbo do responsável pela realização do atendimento (dentista);
- CPF/CNPJ e CRO do dentista ou da clínica;
- data da realização do evento;
- radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se 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.

### DAS CARÊNCIAS

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

**15.1.1** – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**15.1.2** – Ressalvadas as hipóteses acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contados do ingresso do **BENEFICIÁRIO** no contrato os seguintes prazos de carência:

- a)** 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência/emergência;
- b)** 60 (sessenta) dias para consultas, cirurgia, procedimentos para diagnóstico das doenças bucais, radiologia, periodontia, dentística restauradora, odontopediatria, cirurgia, endodontia e ortodontia (instalação de aparelhos fixo ou removível para correção dos dentes);
- c)** 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de prótese.

16

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

### OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

16.1 – São obrigações da **CONTRATANTE**:

- a) pagar a primeira mensalidade para a implantação do contrato;
- b) pagar, de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA**, relativamente ao local, à forma e à data de pagamento, a prestação mensal calculada de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano contratado e conforme especificado no termo aditivo, anexado ao presente contrato;
- c) promover a devolução, ao término do contrato ou à exclusão de **BENEFICIÁRIO**, dos documentos da **CONTRATADA** em poder dos **BENEFICIÁRIOS** que permitem o uso do sistema, em especial a carteira de identificação, responsabilizando-se por sua utilização indevida.

16.2 – A **CONTRATANTE** é responsável, juntamente com a **CONTRATADA**, pelo fiel cumprimento deste contrato, no seu todo ou em parte e no que diz respeito a seus direitos e deveres, devendo comunicar à **CONTRATADA** toda e qualquer irregularidade observada.

17

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

### DO LOCAL, DA DATA E DA FORMA DE PAGAMENTO

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.

17.2 – Todos os pagamentos serão feitos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, de acordo com as condições definidas na proposta contratual, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais.

17.3 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou agência autorizada pela **CONTRATADA**.



**17.4** – As mensalidades serão corrigidas nos termos, nos valores e na periodicidade autorizada pela legislação vigente na época do reajuste ou na data determinada pelo órgão governamental competente.

**17.4.1** – Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços, este será calculado de acordo com a variação dos custos odontológicos no período avaliado.

**17.5** – O valor por **BENEFICIÁRIO** cadastrado ou excluído fora do prazo será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

**17.6** – A **CONTRATANTE** em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades fica sujeita à aplicação de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo na sua atualização monetária. Após 10 (dez) dias de atraso, poderá importar, ainda, na 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 atraso.

### **DURAÇÃO DO CONTRATO**

**18.1** – O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a contar da data do pagamento da mensalidade inicial, e será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carência.

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

## RESCISÃO/SUSPENSÃO

**19.1** – A **CONTRATANTE** em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias fica com o direito à cobertura e ao reembolso suspenso para todos os benefícios contratuais.

**19.2** – Para fins de extinção do contrato, fica certo entre as partes que:

**19.2.1** – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período mínimo de 12 meses, desde que haja prévia notificação de 60 dias a outra parte. Em qualquer tempo do contrato, nos casos de rescisão, a contratante deverá formalizar o pedido à contratada, por meio de seus canais de atendimento – central telefônica ou site oficial.

**19.2.2** – Caso a **CONTRATANTE** rescinda o contrato antes do prazo previsto, pagará multa de 50% (cinquenta por cento) do total das contraprestações vencidas para completar o período estipulado calculado sobre a média de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano nos 12 (doze) meses antecedentes à rescisão, ficando ajustado que, no período de aviso prévio, ficam vedadas a inclusão/exclusão de **BENEFICIÁRIOS**.

**19.3** – O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela **CONTRATADA**, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência ou no caso de fraude.

**19.4** – O contrato estará automaticamente extinto se o número de **BENEFICIÁRIOS** no contrato se tornar inferior a 2 (dois), ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultado aos **BENEFICIÁRIOS** a transferência para um produto individual, nas bases e condições vigentes desse produto, inclusive com relação a preço.

**19.5** – Poderá a **CONTRATADA** extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

**19.6** – Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de a **CONTRATADA** buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

**19.7** – 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.

## REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

### Demitido

**20.1** – Desde que haja opção da **CONTRATANTE** e havendo comprovação de que o **BENEFICIÁRIO** titular contribuiu para o plano odontológico contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** e de seus dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a **CONTRATANTE**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

**20.2** – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** será de um terço do tempo que tenha contribuído para o plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

### Aposentado

**20.3** – Desde que haja opção pela **CONTRATANTE** e havendo comprovação de que o **BENEFICIÁRIO titular** contribuiu para o plano odontológico contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência de seu vínculo empregatício, ao se aposentar, terá o direito de permanência na qualidade de **BENEFICIÁRIO** e dos seus dependentes inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a **CONTRATANTE**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

**20.4** – Na hipótese de contribuição, pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como **BENEFICIÁRIO**, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

#### **Obrigações da contratante**

**20.5** – Quando da manutenção do ex-empregado na condição de beneficiário, a **CONTRATANTE** irá inseri-lo em plano, conforme opção realizada em termo próprio quando da contratação, de acordo com a legislação vigente.

**20.6** – A fim de que os seus aposentados e demitidos sem justa causa possam ser mantidos como beneficiários deste contrato conforme preceitua a legislação em vigor, devem ser observadas as condições estabelecidas nas cláusulas a seguir.

#### **Contribuição/participação financeira**

**20.7** – Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato.

**20.8** – Para fins de apuração dessa contribuição, também se considera como tal o pagamento de valor fixo assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano odontológico oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

**20.9** – O titular que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

**20.10** – Ainda que no momento da demissão, exoneração, sem justa causa, ou aposentadoria o ex-empregado não esteja realizando o pagamento de contribuição, são assegurados a ele os direitos previstos nos artigos 30 e 31, na proporção de sua efetiva contribuição.

### **Extensão ao grupo familiar**

**20.11** – O direito de manter a condição de beneficiário estende-se a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, não impedindo, contudo, que seja mantido individualmente ou apenas com parte de seu grupo familiar.

**20.12** – Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano odontológico, nos termos do disposto neste contrato.

### **Caracterização das condições de elegibilidade para fins da concessão do benefício previsto neste instrumento**

**20.13** – A **CONTRATANTE** obriga-se a declarar e comprovar expressamente, por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, a contribuição/participação financeira dos seus aposentados e demitidos sem justa causa, total ou parcial, no valor da mensalidade do plano.

**20.14** – A **CONTRATANTE** obriga-se a dar comprovadamente ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa, sobre a existência do direito que permite a eles permanecerem como a usuários da **CONTRATADA**, nas condições previstas nesta cláusula, enquanto for vigente o contrato, observados as condições de permanência e os prazos-limite previstos na legislação específica.

**20.15** – A **CONTRATANTE** entregará à **CONTRATADA** cópia da manifestação expressa firmada pelo empregado aposentado ou demitido sem justa causa (declaração de oferecimento dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998), no sentido de que ele aceitou ou refutou a manutenção da condição de usuário do plano. O direito de opção de manutenção do plano odontológico deverá ser exercido obrigatoriamente dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da manifestação de ciência citada no item anterior.

### Manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO**

**20.16** – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à coparticipação, quando contratadas, serão pagas diretamente pelos usuários titulares, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela **CONTRATADA**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

**20.17** – A manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no mesmo plano privado de assistência odontológica em que se encontrava quando da demissão ou exoneração, sem justa causa, ou aposentadoria observará as mesmas condições existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

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

**20.19** – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido em termo aditivo, com as devidas atualizações.

**20.20** – 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**.

**20.21** – Estarão excluídos do contrato o **BENEFICIÁRIO titular** e seus respectivos dependentes que estejam em gozo desse benefício se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso, a critério da **CONTRATADA**, e das despesas porventura realizadas no período de inadimplência.

### Portabilidade especial

**20.22** – 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, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carência para plano odontológico individual, familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma e nas especificidades previstas na Resolução nº 279, da ANS.

**Extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998**

**20.23** – O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, ou aposentado não poderá exercer o direito de manutenção quando da ocorrência das seguintes hipóteses:

- I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 279;
- II – pela admissão do **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado, sem justa causa, ou aposentado em novo emprego; ou
- III – pelo cancelamento do plano privado de assistência odontológica pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados, sem justa causa, ou aposentados.

**Comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO**

**20.24** – A **CONTRATANTE** obriga-se a informar à operadora, para efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência odontológica, com sua comprovação, os seguintes dados:

- I – se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 279;
- III – se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência odontológica;
- IV – por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência odontológica;
- V – se o ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, ou aposentado optou pela sua manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

**20.25** – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar à operadora, a qualquer tempo e assim que solicitada, os documentos originais comprobatórios referentes às informações prestadas.

**20.26** – A exclusão do **BENEFICIÁRIO** apenas será aceita pela operadora mediante a comprovação de comunicação inequívoca da opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

**20.27** – Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à operadora, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO**, até que a entrega se concretize.

21

## CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

### CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**21.1** – A suspensão ou exclusão do **BENEFICIÁRIO** somente poderá ser realizada mediante solicitação expressa da **CONTRATANTE** no período da movimentação cadastral, devendo proceder à devolução do(s) cartão(ões) de identificação do(s) **BENEFICIÁRIO(S)**, para evitar o uso indevido dos serviços, cujas despesas, então, correrão por conta da **CONTRATANTE**, que desde já autoriza sua cobrança.

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

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

**21.3** – 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, respeitado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.



**21.4** – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência odontológica do **BENEFICIÁRIO titular e/ou de seus dependentes**, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- a) 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;
- b) fornecimento, pelo **BENEFICIÁRIO** ou pela **CONTRATANTE**, de informações incompletas e/ou inverídicas, quando aplicável, sobre o **BENEFICIÁRIO titular** e seus **dependentes**, conforme a modalidade contratual, mediante procedimento administrativo específico;
- c) prática de infrações, pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE**, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- d) perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO titular** com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- e) perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO dependente**.

**21.5** – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

**21.6** – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o **BENEFICIÁRIO titular** e seus **dependentes** perderão quaisquer direitos aos benefícios previstos neste contrato, assim como à devolução de qualquer quantia paga.

**21.7** – A **CONTRATANTE** deverá informar os **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano da **CONTRATADA** sobre a extinção do contrato, notificando-os, ainda, **caso não haja continuidade do benefício com outra operadora de planos odontológicos**, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO**, e que a **CONTRATANTE** esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais.

### Cancelamento pelo **BENEFICIÁRIO** titular

**21.8** – O **BENEFICIÁRIO** titular poderá, a qualquer tempo, solicitar sua exclusão (cancelamento) do Contrato, ou de seus dependentes, nos termos do disposto nesta Cláusula, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no Contrato.

**21.8.1** – O pedido de exclusão (cancelamento) deverá ser apresentado perante a **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA** ([www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br)), em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido. Esse processamento terá efeito imediato, considerando-se esse o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**, para todos os efeitos.

**21.8.2** – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO** titular apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**.

**21.8.3** – O novo pedido de exclusão (cancelamento) apresentado diretamente à **CONTRATADA** deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado a **CONTRATANTE** (e-mail ou carta protocolada), e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela **CONTRATADA**.

### FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

**22.1** – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, com fundamento nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento da contraprestação pecuniária efetuado pela **CONTRATANTE** antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

#### Pagamento da contraprestação pecuniária

**22.2** – O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da **CONTRATANTE**, e esta se obriga a pagar à **CONTRATADA**, e será devida por si, pertinente a toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral, sendo certo que o valor estipulado, nesta data, corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicados na proposta contratual.

**22.2.1** – A **CONTRATANTE** fica obrigada a manter, durante o período de vigência mínima de 12 (doze) meses, o valor integral mensal per capita pactuado no ato da contratação, ainda que ocorram exclusões de **BENEFICIÁRIOS** no período.

**22.2.1.1** – A obrigação constante na cláusula 22.2.1 não se aplicará aos casos de exclusão de **BENEFICIÁRIOS** motivada por demissão ou óbito, aos quais acarretam a perda do vínculo com a **CONTRATANTE**.

**22.2.2** – 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.

**22.2.3** – Caso a **CONTRATANTE** não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**. A qualquer momento, a segunda via poderá ser impressa através do site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br).

**22.2.4** – O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

**22.2.5** – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da proposta contratual, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

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

**22.2.7** – O preço por **BENEFICIÁRIO** cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na proposta contratual será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

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

**22.2.9** – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias, independentemente da utilização, de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA**, relativamente ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano contratado e conforme o previsto na proposta contratual.

**22.2.10** – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

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

## REAJUSTE

### 23.1 – Reajuste anual

**23.1.1** – 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 reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano.

**23.1.2** – Independentemente do reajuste financeiro, poderá incidir, cumulativamente, o reajuste técnico quando, mediante demonstrativo, a **CONTRATADA** comprove que, nos 12 (doze) meses anteriores, houve desequilíbrio igual ou superior a 60% (sessenta por cento) na relação custo x receita, incidindo, dessa maneira, o percentual necessário para que se obtenha o equilíbrio econômico-financeiro, frise-se, de 60%.

**DISPOSIÇÕES GERAIS**

**24.1** – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como a proposta contratual, a rede credenciada do plano odontológico optado pela **CONTRATADA** definida pelo tipo de plano contratado, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC), e o Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponibilizados pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, através do site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br), com suas atualizações.

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

**24.2** – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO titular**, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado pela operadora contratada e entregue em material impresso ou através de mídia digital.

**24.3** – Será de responsabilidade da **AMIL** 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.

**24.4** – 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**.

**24.5** – 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.

**24.6** – Não é admitida 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.

**24.7** – Conforme o disposto na regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de informações relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde permanece sob responsabilidade da **CONTRATADA**, por meio de seu coordenador médico de informações em saúde, devidamente cadastrado pela **CONTRATADA** perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

**24.8** – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente contrato serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados e de comum acordo entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**. Além disso:

- a) se não houver acordo quanto à escolha do dentista desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades da classe sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**;
- b) cada uma das partes pagará os honorários do dentista que designar; os do terceiro serão pagos pela **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, em partes iguais.

**24.9** – O direito à cobertura de custos e/ou de reembolso de procedimentos que sejam incluídos pela **CONTRATADA** em sua tabela, após a assinatura deste contrato, somente será incorporado, em novo termo aditivo, após a adequação dos valores pagos à nova realidade dos riscos deste contrato.

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

## FORO

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