

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA	1
2	▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE	1
3	▶ OBJETO DO CONTRATO.....	1
4	▶ NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	2
5	▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO	2
6	▶ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....	3
7	▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	3
8	▶ ÁREA DE ATUAÇÃO	3
9	▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
10	▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
11	▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	6
12	▶ EXCLUSÕES CONTRATUAIS	15
13	▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO	17
14	▶ DO REEMBOLSO DE DESPESAS.....	17
15	▶ VIGÊNCIA DO CONTRATO.....	28
16	▶ PERÍODO DE CARÊNCIA.....	29
17	▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	29
18	▶ REAJUSTE ANUAL.....	31
19	▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	31
20	▶ RESCISÃO.....	32
21	▶ DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
22	▶ DO FORO.....	35

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

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 física identificada e qualificada conforme dados constantes na proposta contratual eletrônica.

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 assegura a cobertura de custos das despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso.

a) Dental Kids Doc. Nacional PF 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 474716150, assegurando aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura integral de custos das 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 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS**, sendo ao menos um titular e um dependente, 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 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 e cunhado(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 – 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**.

10.6 – A exclusão de **BENEFICIÁRIO(S)** em caso de falecimento será realizada, desde que seja formalizada pelo **CONTRATANTE** e na data do próximo vencimento da mensalidade.

10.6.1 – Nos casos de óbito do titular e/ou responsável, o cônjuge **BENEFICIÁRIO** ou o **BENEFICIÁRIO** mais idoso passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o novo titular **CONTRATANTE**. Nesses casos, deverá ser comunicada a exclusão à **CONTRATADA**, com a apresentação da certidão de óbito para que se proceda à alteração contratual e emissão de nova lâmina de pagamento.

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 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 os seguintes procedimentos:

11.4.1 – Plano Dental Kids Doc Nacional PF R.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
85100242	Adequação do meio bucal
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo
82000034	Alveoloplastia
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada
82000077	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada
82000085	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
82000158	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada
82000166	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada
82000174	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada
82000182	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada
84000031	Aplicação de carióstático
84000058	Aplicação de selante – técnica invasiva
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras
84000090	Aplicação tópica de flúor
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo
86000144	Arco lingual
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
84000139	Atividade educativa em saúde bucal
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
82000212	Aumento de coroa clínica
00013186	Avaliação da condição de saúde
00014160	Avaliação periodontal e controle
86000152	Barra transpalatina fixa (instalação na rede credenciada)
82000239	Biópsia de boca
82000247	Biópsia de glândula salivar
82000255	Biópsia de lábio
82000263	Biópsia de língua
82000271	Biópsia de mandíbula
82000280	Biópsia de maxila
86000195	Botão de nance (instalação na rede credenciada)
82000298	Bridectomia
82000301	Bridotomia
85100013	Capecamento pulpar direto
82000336	Cirurgia odontológica a retalho

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
82000344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
82000352	Cirurgia para exostose maxilar
82000360	Cirurgia para torus mandibular bilateral
82000387	Cirurgia para torus mandibular unilateral
82000395	Cirurgia para torus palatino
82000417	Cirurgia periodontal a retalho
00014077	Cirurgia periodontal por elemento
85200018	Clareamento de dente desvitalizado
85100048	Colagem de fragmentos dentários
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial
81000014	Condicionamento em odontologia
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
85400041	Conserto de prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)
85400068	Conserto de prótese total (exclusivamente em consultório)
00011413	Consulta em ambiente hospitalar
81000030	Consulta odontológica
00011318	Consulta odontológica de urgência 24 horas – simples
81000049	Consulta odontológica de urgência
81000057	Consulta odontológica de urgência 24 horas
00011200	Consulta odontológica de urgência em horário comercial
81000090	Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
86000209	Contenção fixa – por arcada
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
85400572	Coroa 3/4 ou 4/5
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo
83000046	Coroa de aço em dente decíduo

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo
85400076	Coroa provisória com pino
85400084	Coroa provisória sem pino
85400092	Coroa total acrílica prensada
85400114	Coroa total de cerômero (dentes anteriores)
85400149	Coroa total metálica
82000557	Cunha proximal
00014350	Curetagem de bolsa periodontal
85300012	Dessensibilização dentária
00013101	Determinação do CPOS ampliado
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento
00012103	Documentação ortodôntica básica
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial
82000662	Enxerto gengival livre
82000689	Enxerto pediculado
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
00013162	Evidenciação de placa
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos
82000794	Exérese ou excisão de mucocele
82000808	Exérese ou excisão de rânula
82000816	Exodontia a retalho
82001740	Exodontia de inclusos/impactados/supranumerários
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
82000859	Exodontia de raiz residual
82001294	Exodontia de semi-inclusos/impactados
82001731	Exodontia de semi-inclusos/impactados/supranumerários
83000089	Exodontia simples de decíduo
82000875	Exodontia simples de permanente
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável (dentes anteriores)
82000883	Frenulectomia labial
82000891	Frenulectomia lingual
82000905	Frenulotomia labial
82000913	Frenulotomia lingual
82000921	Gengivectomia
00014397	Gengivectomia por elemento
82000948	Gengivoplastia
86000314	Grade palatina fixa
86000322	Grade palatina removível
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes
82001022	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
82001030	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
00081728	Instalação ortodôntica (aparelho fixo metálico ou aparelho removível – rede credenciada)
81000294	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
83000097	Mantenedor de espaço fixo
83000100	Mantenedor de espaço removível
00017011	Mumificação pulpar
00041227	Núcleo de fibra de vidro ou fibra de carbono mais preenchimento
85400211	Núcleo de preenchimento
85400220	Núcleo metálico fundido
82001073	Odontossecção
00014373	Periodontia módulo 2**
00014385	Periodontia módulo 3***
00042402	Placa de contenção
86000462	Placa de hawley
86000470	Placa de hawley – com torno expansor
86000535	Placa lábio-ativa
85400270	Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada)
00014362	Prevenção módulo 1*
84000198	Profilaxia: polimento coronário
85200042	Pulpotomia
83000127	Pulpotomia em dente decíduo
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial
86000560	Quadri-hélice
81000324	Radiografia anteroposterior
81000340	Radiografia da ATM
81000367	Radiografia de mão e punho – carpal
81000375	Radiografia interproximal – bite-wing
00012164	Radiografia interproximal – bite-wing em clínica radiológica
81000561	Radiografia lateral do corpo da mandíbula
81000383	Radiografia oclusal
00012176	Radiografia oclusal em clínica radiológica

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
81000421	Radiografia periapical
00012152	Radiografia periapical em clínica radiológica
81000430	Radiografia posteroanterior
85300039	Raspagem subgengival/alisamento radicular
85300047	Raspagem supragengival
82001154	Reconstrução de sulco gengivolabial
82001170	Redução cruenta de fratura alveolodentária
82001189	Redução incruenta de fratura alveolodentária
82001197	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório)
82001251	Reimplante dentário com contenção
84000201	Remineralização
00042603	Remoção de aparelho fixo (polimento incluso)
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal
82001286	Remoção de dentes inclusos/impactados
82001308	Remoção de dreno extraoral
82001316	Remoção de dreno intraoral
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular
82001367	Remoção de odontoma
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
00015194	Reparo em restauração
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo
85100080	Restauração atraumática em dente permanente
85100099	Restauração de amálgama – 1 face
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces
85100129	Restauração de amálgama – 4 faces
00015240	Restauração de ângulo

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
00015264	Restauração de superfície radicular
85100137	Restauração em ionômero de vidro – 1 face
85100145	Restauração em ionômero de vidro – 2 faces
85100153	Restauração em ionômero de vidro – 3 faces
85100161	Restauração em ionômero de vidro – 4 faces
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável – 1 face
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável – 2 faces
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável – 3 faces
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável – 4 faces
85400556	Restauração metálica fundida
85200085	Restauração temporária/tratamento expectante
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial
82001413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial
85200093	Retratamento endodôntico birradicular
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular
82001464	Sepultamento radicular
82001499	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico
81000472	Telerradiografia
84000228	Teste de capacidade tampão da saliva
84000236	Teste de contagem microbiológica
84000244	Teste de fluxo salivar
84000252	Teste de ph salivar
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região bucomaxilofacial
82001510	Tratamento cirúrgico das fistulas buconasais
82001529	Tratamento cirúrgico das fistulas bucosinusais
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – ATM
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo
82001650	Tratamento de alveolite
85100234	Tratamento de fluorose – microabrasão
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica
85300080	Tratamento de pericoronarite
85200140	Tratamento endodôntico birradicular
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo
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 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 – 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, 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.

14

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

DO 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 sua avaliação e comprovação, conforme a Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental Kids Doc Nacional PF R, 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 Kids PF multiplicada pelo correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO), esta no valor de R\$ 5,80 (cinco reais e oitenta centavos).

14.1.1.1 – O reajuste do valor do 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 Kids Doc Nacional PF R:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
85100242	Adequação do meio bucal	2,73
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo	2,70
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	2,70
82000034	Alveoloplastia	3,10
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	6,00
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	6,00
82000077	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	22,32
82000085	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	18,60
82000158	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	33,80
82000166	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	25,40
82000174	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	16,74
82000182	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada	13,58
84000031	Aplicação de carióstático	0,10
84000058	Aplicação de selante – técnica invasiva	8,70
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	2,09
84000090	Aplicação tópica de flúor	2,68
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	2,68
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	8,93
86000144	Arco lingual	5,00

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	1,90
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	1,90
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	1,90
82000212	Aumento de coroa clínica	7,90
00013186	Avaliação da condição de saúde	2,42
00014160	Avaliação periodontal e controle	3,00
86000152	Barra transpalatina fixa (instalação na rede credenciada)	5,00
82000239	Biópsia de boca	4,91
82000247	Biópsia de glândula salivar	4,91
82000255	Biópsia de lábio	4,91
82000263	Biópsia de língua	4,91
82000271	Biópsia de mandíbula	4,91
82000280	Biópsia de maxila	4,91
86000195	Botão de nance (instalação na rede credenciada)	5,00
82000298	Bridectomia	12,27
82000301	Bridotomia	12,27
85100013	Capeamento pulpar direto	1,30
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	3,50
82000344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	3,75
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	8,93
82000360	Cirurgia para torus mandibular bilateral	13,40
82000387	Cirurgia para torus mandibular unilateral	8,93
82000395	Cirurgia para torus palatino	8,93
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	10,50
00014077	Cirurgia periodontal por elemento	4,50
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	12,56
85100048	Colagem de fragmentos dentários	7,76
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial	4,91

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
81000014	Condicionamento em odontologia	1,00
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	1,00
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	4,56
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	12,00
00011413	Consulta em ambiente hospitalar	13,79
81000030	Consulta odontológica	2,42
00011318	Consulta odontológica de urgência 24 horas – simples	2,07
81000049	Consulta odontológica de urgência	2,14
81000057	Consulta odontológica de urgência 24 horas	8,62
00011200	Consulta odontológica de urgência em horário comercial	2,07
81000090	Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro	2,00
86000209	Contenção fixa – por arcada	5,00
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	7,23
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial	1,07
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial	1,07
85400572	Coroa 3/4 ou 4/5	19,38
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	10,48
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	10,48
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	10,48
85400076	Coroa provisória com pino	12,00
85400084	Coroa provisória sem pino	12,00
85400092	Coroa total acrílica prensada	16,40
85400114	Coroa total de cerômero (dentes anteriores)	41,00
85400149	Coroa total metálica	28,50
82000557	Cunha proximal	7,81
00014350	Curetagem de bolsa periodontal	3,28

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 - DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
85300012	Dessensibilização dentária	0,91
00013101	Determinação do CPOS ampliado	3,00
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial	4,14
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial	4,14
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial	4,14
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial	4,14
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	2,00
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	2,00
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose	2,00
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	2,00
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento	0,10
00012103	Documentação ortodôntica básica	13,82
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial	11,08
82000662	Enxerto gengival livre	11,08
82000689	Enxerto pediculado	7,81
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	1,00
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	1,00
00013162	Evidenciação de placa	0,50
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	4,71
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	14,88
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	8,00
82000808	Exérese ou excisão de rânula	14,88
82000816	Exodontia a retalho	4,80
82001740	Exodontia de inclusos/impactados/supranumerários	13,58

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	4,32
82000859	Exodontia de raiz residual	3,93
82001294	Exodontia de semi-inclusos/impactados	10,00
82001731	Exodontia de semi-inclusos/impactados/supranumerários	10,00
83000089	Exodontia simples de decíduo	2,50
82000875	Exodontia simples de permanente	4,32
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável (dentes anteriores)	6,83
82000883	Frenulectomia labial	8,93
82000891	Frenulectomia lingual	8,93
82000905	Frenulotomia labial	8,93
82000913	Frenulotomia lingual	8,93
82000921	Gengivectomia	9,09
00014397	Gengivectomia por elemento	1,70
82000948	Gengivoplastia	6,06
86000314	Grade palatina fixa	5,00
86000322	Grade palatina removível	5,00
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	0,10
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	5,40
82001022	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial	9,67
82001030	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial	9,67
00081728	Instalação ortodôntica (aparelho fixo metálico ou aparelho removível – rede credenciada)	2,42
81000294	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)	8,50
83000097	Mantenedor de espaço fixo	18,44
83000100	Mantenedor de espaço removível	13,28
00017011	Mumificação pulpar	4,09

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
00041227	Núcleo de fibra de vidro ou fibra de carbono mais preenchimento	9,76
85400211	Núcleo de preenchimento	2,00
85400220	Núcleo metálico fundido	14,00
82001073	Odontossecção	7,00
00014373	Periodontia módulo 2**	2,77
00014385	Periodontia módulo 3***	4,87
00042402	Placa de contenção	5,00
86000462	Placa de hawley	5,00
86000470	Placa de hawley – com torno expansor	5,00
86000535	Placa lábio-ativa	5,00
85400270	Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada)	14,04
00014362	Prevenção módulo 1*	1,54
84000198	Profilaxia: polimento coronário	1,90
85200042	Pulpotomia	6,70
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	6,70
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial	4,00
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial	4,00
86000560	Quadri-hélice	5,00
81000324	Radiografia anteroposterior	3,54
81000340	Radiografia da ATM	7,89
81000367	Radiografia de mão e punho – carpal	3,66
81000375	Radiografia interproximal – bite-wing	0,65
00012164	Radiografia interproximal – bite-wing em clínica radiológica	1,00
81000561	Radiografia lateral corpo da mandíbula	0,97
81000383	Radiografia oclusal	1,80
00012176	Radiografia oclusal em clínica radiológica	1,80
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/ maxila (ortopantomografia)	4,00

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/ maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	4,00
81000421	Radiografia periapical	0,65
00012152	Radiografia periapical em clínica radiológica	1,00
81000430	Radiografia posteroanterior	3,54
85300039	Raspagem subgengival/alisamento radicular	2,80
85300047	Raspagem supragengival	1,00
82001154	Reconstrução de sulco gengivolabial	12,06
82001170	Redução cruenta de fratura alveolodentária	6,94
82001189	Redução incruenta de fratura alveolodentária	3,85
82001197	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)	3,00
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório)	9,32
82001251	Reimplante dentário com contenção	16,00
84000201	Remineralização	2,56
00042603	Remoção de aparelho fixo (polimento incluso)	6,21
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	4,42
82001286	Remoção de dentes inclusos/impactados	13,58
82001308	Remoção de dreno extraoral	2,14
82001316	Remoção de dreno intraoral	2,14
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	4,42
82001367	Remoção de odontoma	13,76
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)	1,58
00015194	Reparo em restauração	1,50
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	2,90
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	2,90
85100099	Restauração de amálgama – 1 face	2,50
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces	3,25
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces	3,90
85100129	Restauração de amálgama – 4 faces	4,50

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
00015240	Restauração de ângulo	5,18
00015264	Restauração de superfície radicular	11,32
85100137	Restauração em ionômero de vidro – 1 face	2,90
85100145	Restauração em ionômero de vidro – 2 faces	2,90
85100153	Restauração em ionômero de vidro – 3 faces	2,90
85100161	Restauração em ionômero de vidro – 4 faces	2,90
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável – 1 face	3,53
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável – 2 faces	3,99
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável – 3 faces	5,18
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável – 4 faces	5,18
85400556	Restauração metálica fundida	28,50
85200085	Restauração temporária/tratamento expectante	2,90
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial	13,56
82001413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial	2,14
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	18,33
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	27,69
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	13,95
82001464	Sepultamento radicular	4,00
82001499	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial	2,14
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	5,77
81000472	Telerradiografia	4,35
84000228	Teste de capacidade tampão da saliva	0,50
84000236	Teste de contagem microbiológica	8,00
84000244	Teste de fluxo salivar	0,50
84000252	Teste de ph salivar	0,50
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	18,00

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118-1 – DENTAL KIDS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	USO
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região bucomaxilofacial	12,27
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buconasais	10,61
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais	10,61
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial	9,09
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial	13,60
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial	13,60
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial	8,00
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	13,58
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – ATM	3,00
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	1,00
82001650	Tratamento de alveolite	2,14
85100234	Tratamento de fluorose – microabrasão	2,68
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 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 ou 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.

15

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

VIGÊNCIA DO CONTRATO

15.1 – O presente contrato terá duração mínima 12 (doze) 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.

15.3 – A data prevista para o início da vigência do contrato poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais.

15.4 – A data do vencimento das parcelas mensais será a da adesão à proposta contratual.

16

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

PERÍODO DE CARÊNCIA

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 temporo-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.

17

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

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.

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 ANUAL

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) apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando-se por base a variação ocorrida no mês anterior à contratação e o mês anterior ao aniversário do contrato, de forma que as partes tenham o conhecimento da variação ocorrida, aprovada e divulgada pela mídia em geral sendo vedada a aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano.

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

19

CLÁUSULA DÉCIMA NONA

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

19.1 – A exclusão de **BENEFICIÁRIOS** dependentes será realizada mediante pedido por escrito 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).

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.

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 desempataador, 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.

21.8 – 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.

21.9 – 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**.

21.10 – 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.

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.