

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

| CLÁUSULAS | ASSUNTO   | PÁGINA |
|-----------|---|--------|
| 1         | Conceitos   | 1      |
| 1         | Dados Gerais do Contrato                                  | 4      |
|           | Qualificação da <b>CONTRATADA</b> e da <b>CONTRATANTE</b> | 4      |
|           | Objeto do Contrato  | 4      |
|           | Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS       | 4      |
|           | Tipo de Contratação                                       | 4      |
|           | Segmentação Assistencial do Plano                         | 5      |
|           | Área Geográfica de Abrangência e Atuação do Plano         | 5      |
|           | Formação de Preço – Contrato                              | 5      |
|           | Serviços e Coberturas Adicionais                          | 5      |
| 2         | Atributos do Contrato                                     | 5      |
| 3         | Condições de Admissão                                     | 6      |
| 4         | Coberturas e Procedimentos Garantidos                     | 10     |
| 5         | Exclusões de Cobertura                                    | 11     |
| 6         | Duração do Contrato                                       | 12     |
| 7         | Carências   | 13     |
| 8         | Atendimento de Urgência e Emergência                      | 14     |
| 9         | Acesso à Livre Escolha de Prestadores                     | 15     |
| 10        | Mecanismos de Regulação                                   | 18     |
| 11        | Formação de Preço e Contraprestação                       | 20     |
| 12        | Forma de Pagamento  | 22     |
| 13        | Reajuste Anual  | 22     |
| 14        | Regras para Instrumentos Jurídicos de Plano Coletivo      | 23     |
| 15        | Condições da Perda da Qualidade de <b>BENEFICIÁRIO</b>    | 28     |
| 16        | Rescisão/Suspensão  | 30     |
| 17        | Privacidade e Proteção de Dados Pessoais                  | 32     |
| 18        | Disposições Gerais  | 34     |
| 19        | Do Foro   | 37     |
|           | Anexo de Cobertura  | 38     |

## | Conceitos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

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

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

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

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

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

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

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

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA JURÍDICA DPJE45

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

**17 – Tabela Amil de Reembolso:** tabela que contém a relação dos procedimentos odontológicos que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO**, quando do acesso à livre escolha de prestadores, para planos que preveem essa modalidade. Essa relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol. A Tabela de Reembolso está disponível para todos os **BENEFICIÁRIOS** no site da Amil e também se encontra registrada no 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro;

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

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

## 1 | Cláusula Primeira

### DADOS GERAIS DO CONTRATO

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

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

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

#### II. OBJETO DO CONTRATO

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

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

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

**Dental E45 Nac R PJ** – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação, com previsão de reembolso, registrado na ANS sob o nº 485418207.

#### IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

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

#### **V. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO**

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

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

**1.7** – As coberturas previstas neste Contrato e em seus eventuais anexos serão prestadas na Área Geográfica especificada para o plano, conforme indicado no item 1.4.

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

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

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

#### **VIII. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS**

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

## **2 | Cláusula Segunda**

#### **ATRIBUTOS DO CONTRATO**

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

2.2 – O presente Contrato tem a natureza de contrato aleatório, de adesão e bilateral, gerando, portanto, direitos e obrigações para ambas as partes, nas formas previstas no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656/98, em especial a Resolução Normativa 195/09, alterada pela Resolução Normativa 200/09. Desse modo, o **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que a **CONTRATADA** não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar no Rol, neste Contrato ou em seus eventuais anexos.

### 3 | Cláusula Terceira

#### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 – Na data de início da vigência deste Contrato, a **CONTRATANTE** deverá incluir, no mínimo, 2 (dois) e até, no máximo, 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, entre titulares e dependentes, sendo essas quantidades mínima e máxima condição para início e manutenção do contrato.

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

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



# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

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

- (i) esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante a apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;
- (ii) filhos(as) naturais ou adotivos(as) do **BENEFICIÁRIO** Titular, enteados(as), pessoas de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular possua guarda provisória ou definitiva e os(as) tutelados(as) pelo **BENEFICIÁRIO** titular, na forma da lei;
- (iii) filhos inválidos do **BENEFICIÁRIO** Titular, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil;
- (iv) pai, mãe, irmãos(ãs), avós, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrasta e cunhado(a).

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

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

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

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



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

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

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

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

#### **MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

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

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

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

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

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

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

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

**3.7.1** – A movimentação cadastral poderá, ainda, ser feita mediante envio de documentação relativa a **BENEFICIÁRIO** por portador indicado pela **CONTRATANTE**, ficando esta responsável pela informação e pela entrega do respectivo comprovante, em papel, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

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

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

**3.10** – No caso de extinção automática do Contrato ou no caso do Contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento, exceto quando solicitado diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, conforme determina a RN 412.

## **4 | Cláusula Quarta**

### **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

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

**4.1.1** – A rede credenciada a que se refere este contrato é composta por dentistas, serviços de radiologia e clínicas de urgência constantes da relação de profissionais cadastrados pela **CONTRATADA**.

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

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

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

5 | Cláusula Quinta

**EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**5.1** – Este Contrato NÃO PREVÊ a cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, EM QUALQUER HIPÓTESE, entre os quais os seguintes:

**5.1.1** – Qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar, 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.7 – Instalação de aparelhos que não estejam especificados na cláusula contratual COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS;

5.1.8 – Lentes de contato dental;

5.1.9 – Todos e quaisquer procedimentos não constantes como de segmentação odontológica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento ou de eventual Anexo de Coberturas Adicionais, que faz parte deste Contrato, quando contratado;

5.1.10 – Prótese de metalocerâmica, porcelana e cerâmica pura;

5.1.11 – Prótese parcial fixa.

## 6 | Cláusula Sexta

### DURAÇÃO DO CONTRATO

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

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

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

6.3 – Transcorrida a vigência mínima inicial indicada nos termos do item 6.1 e caso nenhuma das Partes se manifeste previamente pela não renovação do Contrato, este será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas no ato da renovação, tampouco a incidência de qualquer período adicional de carências.

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

7 | Cláusula Sétima

**CARÊNCIAS**

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

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

| Grupo de Procedimentos                      | Carência Reduzida          |
|---|----------------------------|
| Urgência/Emergência                         | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Consulta                                    | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Radiologia                                  | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Odontologia Preventiva                      | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Diagnóstico                                 | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Cirurgia                                    | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Dentística                                  | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Periodontia                                 | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Endodontia                                  | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Prótese do Rol                              | 180 (cento e oitenta) dias |
| Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial | 180 (cento e oitenta) dias |
| Odontologia Estética                        | 180 (cento e oitenta) dias |
| Ortodontia                                  | 90 (noventa) dias          |



# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

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

| Grupo de Procedimentos                      | Carência Integral          |
|---|----------------------------|
| Urgência/Emergência                         | 24 (vinte e quatro) horas  |
| Consulta                                    | 60 (sessenta) dias         |
| Radiologia                                  | 60 (sessenta) dias         |
| Odontologia Preventiva                      | 60 (sessenta) dias         |
| Diagnóstico                                 | 60 (sessenta) dias         |
| Cirurgia                                    | 60 (sessenta) dias         |
| Dentística                                  | 60 (sessenta) dias         |
| Periodontia                                 | 60 (sessenta) dias         |
| Endodontia                                  | 60 (sessenta) dias         |
| Prótese do Rol                              | 180 (cento e oitenta) dias |
| Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial | 180 (cento e oitenta) dias |
| Odontologia Estética                        | 180 (cento e oitenta) dias |
| Ortodontia                                  | 180 (cento e oitenta) dias |

## 8 | Cláusula Oitava

### ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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



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

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

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

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

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

## 9 | Cláusula Nona

### ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

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

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

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

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

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

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

**9.2.2** – A Tabela de Reembolso que rege o reembolso encontra-se registrada no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site [amil.com.br](http://amil.com.br) e também na sede da **CONTRATANTE**, para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**;

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

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

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

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

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

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

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

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

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

- (i) Recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta;
- (ii) Nome do **BENEFICIÁRIO** atendido;
- (iii) Nome do titular ou responsável pelo contrato e dados bancários da conta-corrente do titular;
- (iv) Valor unitário dos procedimentos cobrados, assim como o valor de eventual desconto, quando concedido;
- (v) Assinatura do responsável pelo serviço ou assinatura e carimbo do dentista, quando se tratar de consultas ou honorários médicos;
- (vi) CPF e/ou CNPJ, CRO;
- (vii) Endereço legível;
- (viii) Data da realização do evento;
- (ix) Radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se necessárias à avaliação técnica do procedimento realizado).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 10 | Cláusula Décima

### MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

**10.1.1** – O cartão de identificação poderá ser emitido por meio digital.

**10.1.2** – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação.

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

**10.3** – 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.

**10.4** – A qualquer momento, o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consulta de avaliação, destinada a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade e a aferição do nível de saúde bucal, esclarecimento de dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo essa consulta de caráter obrigatório. Tal consulta será realizada por consultor odontológico da **CONTRATADA**.

**10.5** – A **CONTRATADA** poderá realizar alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da **CONTRATADA** pode ser obtida na Central de Atendimento ou no site da **CONTRATADA** (amil.com.br).

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

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

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

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

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

## 11 | Cláusula Décima Primeira

### FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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



# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

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

**11.5** – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo, além da possibilidade de responder a **CONTRATANTE** por eventuais encargos e penalidades impostos à **CONTRATADA** pelo atraso no pagamento devido à rede credenciada.

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

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

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

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

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



## 12 | Cláusula Décima Segunda

### FORMA DE PAGAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

## 13 | Cláusula Décima Terceira

### REAJUSTE ANUAL

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

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

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

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

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

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

**13.5.1** – O Índice Técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando-se as despesas assistenciais e as receitas diretas dos dois primeiros meses. Nas reavaliações subsequentes, o Índice Técnico será apurado considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

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

## **14 | Cláusula Décima Quarta**

### **REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO**

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

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

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

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

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

#### **I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **III. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR**

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

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

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

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

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

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

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

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

**14.14** – O **BENEFICIÁRIO** que estiver inadimplente por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, será excluído do contrato, sem prejuízo da obrigação de pagar os valores em atraso e/ou as despesas porventura realizadas durante o período de inadimplência.

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

**14.15** – O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano odontológico individual, familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, desde que possua o vínculo exigido pela norma, administrado por outra operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas nas Resoluções Normativas nº 279 e nº 438, ambas da ANS.

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

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

- (i) Decurso dos prazos de manutenção, conforme previsto na Resolução Normativa nº 279, arts. 4º e 5º, parágrafo único;
- (ii) Admissão em novo emprego;
- (iii) Cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

**VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO**

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

- (i) Se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;
- (ii) Se o **BENEFICIÁRIO** aposentado continua vinculado à **CONTRATADA** por relação de emprego, conforme disposto na RN nº 279, art. 22;
- (iii) Se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (iv) Por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (v) Se o **BENEFICIÁRIO** optou pela manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

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

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



15 | Cláusula Décima Quinta

**CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

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

**15.2** – A **CONTRATANTE** obriga-se a coletar o cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s) e devolver tal documento à **CONTRATADA**, assegurando-se a esta última o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento para fins de coberturas de assistências constantes do presente Contrato.

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

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

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

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

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

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

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

**15.5.5** – Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do plano ou adesão a ele, situação apurada mediante procedimento administrativo específico, bem como de qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva.



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

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

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

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

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

**15.9.1** – O pedido de exclusão deverá ser apresentado à **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA**, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido.

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

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

16 | Cláusula Décima Sexta

**RESCISÃO/SUSPENSÃO**

**I. SUSPENSÃO DO CONTRATO**

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

**II. RESCISÃO**

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

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

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

**16.2.3** – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência; ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item 18.3 por período superior a 60 dias.

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

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

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

**16.3** – Caso a **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de vigência estabelecido na Cláusula Sexta, ficará sujeita ao pagamento à **CONTRATADA** de multa rescisória no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.

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

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

- a) Para os Contratos com pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do Contrato, a **CONTRATADA** providenciará o cancelamento dessas parcelas futuras junto à administradora do cartão e cobrará, via cartão de crédito, o valor relativo à multa contratual, que deverá ser paga em uma única parcela pela **CONTRATANTE**. Em caso de indisponibilidade de cobrança via cartão de crédito, a **CONTRATADA** emitirá a cobrança via boleto;
- b) Para os Contratos com pagamento à vista ou, ainda que parcelado, em que o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário, a **CONTRATADA** providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente, descontada eventual multa contratual, em fatura do cartão de crédito, conta-corrente ou poupança da **CONTRATANTE**.

16.4 – O pedido de rescisão do contrato ou exclusão (cancelamento) de **BENEFICIÁRIO** poderá ser realizado por meio da central de atendimento.

## 17 | Cláusula Décima Sétima

### PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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

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

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

17.4 – As Partes implementarão e manterão um programa de segurança da informação apropriado, razoável e por escrito, que inclua medidas físicas, técnicas e organizacionais proporcionais à natureza do dado pessoal tratado sob este Contrato, medidas que correspondam a padrões e boas práticas industriais – ou os superem – e que sejam adequadas a prevenir Violação de Dados Pessoais.

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

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

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

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

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

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

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

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

18 | Cláusula Décima Oitava

**DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

**18.5.1.1** – Caso seja determinada por decisão administrativa ou judicial a redução do valor da mensalidade, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despendar, incluindo o valor da condenação, custas, despesas processuais e honorários advocatícios. A **CONTRATANTE** deverá, ainda, pagar à **CONTRATADA** a diferença de valor da contraprestação, considerando o que será efetivamente pago pelo **BENEFICIÁRIO** e o valor devido.



**18.5.2** – Serão de responsabilidade da **CONTRATADA** os processos e as demandas motivados por questões assistenciais e de coberturas contratuais, ressalvados os casos de negativas de atendimento por suspensão ou cancelamento do Contrato decorrente de falha operacional da **CONTRATANTE**, entre outros.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 19 | Cláusula Décima Nona

### **DO FORO**

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

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

## Anexo de Cobertura

Neste documento, são apresentados as COBERTURAS E OS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS no Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica Pessoa Jurídica DPJE45.

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

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

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

### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO                                     | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO  | COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A) |
|--------------|--|--|------------------------------------|
| 85100013     | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO                         | COLOCAÇÃO DE UM MEDICAMENTO QUE VISA À CICATRIZAÇÃO DA POLPA EXPOSTA DURANTE A REMOÇÃO DA CÁRIE. MESMO COM A COLOCAÇÃO DESTA MEDICAÇÃO, PODE HAVER A NECESSIDADE DE TRATAMENTO DE CANAL  | B                                  |
| 85100048     | COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS                  | PROCEDIMENTO PARA COLAR UM PEDAÇO DO DENTE QUEBRADO  | B                                  |
| 00011318     | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 H – SIMPLES | CONSULTA ODONTOLÓGICA EM CENTROS 24 H, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO | B                                  |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 81000049            | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA  | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO                                 | B   |
| 81000057            | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 H   | CONSULTA ODONTOLÓGICA EM CENTROS 24 H, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO                | B   |
| 00011200            | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM HORÁRIO COMERCIAL                                     | CONSULTA ODONTOLÓGICA REALIZADA EM HORÁRIO COMERCIAL, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO | B   |
| 82000468            | CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL      | TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, COM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL QUE PROMOVE O CONTROLE DA HEMORRAGIA   | B   |
| 82000484            | CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL      | TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, SEM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL  | B   |
| 85000787            | IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS   | TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES DE LEITE (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA NOS DENTES DE LEITE)  | B   |
| 82001022            | INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU INFLAMAÇÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL   | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|--|---|
| 82001030            | INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                       | B   |
| 85200034            | PULPECTOMIA  | PROCEDIMENTO DA RETIRADA COMPLETA DA POLPA (NERVO) DO DENTE PERMANENTE   | B   |
| 85200042            | PULPOTOMIA   | PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE  | B   |
| 83000127            | PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO  | PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE DE LEITE   | B   |
| 85400467            | RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS   | COLAGEM DE COROAS OU PRÓTESES FIXAS QUE CAÍRAM, UTILIZANDO-SE UM MATERIAL ADESIVO E PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE)                      | B   |
| 82001251            | REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO  | RECOLOCAÇÃO DE UM DENTE QUE, POR MOTIVO DE TRAUMA, FOI EXPELIDO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE FICA A RAIZ DO DENTE)                             | B   |
| 82001308            | REMOÇÃO DE DRENO EXTRAORAL   | REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA FORA DA BOCA   | B   |
| 82001316            | REMOÇÃO DE DRENO INTRAORAL   | REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA DENTRO DA BOCA   | B   |
| 82001499            | SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL  | UTILIZAÇÃO DE PONTOS OU OUTROS MATERIAIS PARA JUNÇÃO DE TECIDOS QUE PASSARAM POR INCISÕES (CORTES) INTERNAS OU EXTERNAS À CAVIDADE BUCAL | B   |
| 82001650            | TRATAMENTO DE ALVEOLITE  | TRATAMENTO DA INFLAMAÇÃO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE A RAIZ DO DENTE FICAVA ANTES DE SER REMOVIDO)  | B   |
| 85300080            | TRATAMENTO DE PERICORONARITE   | TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO E/OU INFECÇÃO DE GENGIVA E TECIDO ÓSSEO DE UM DENTE   | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**CONSULTA**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>   | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---|--|---|
| 82000026            | ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA  | CONSULTAS PARA ACOMPANHAMENTO E EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO/CIRURGIAS. O DENTISTA PODE PEDIR EXAMES/AVALIAR CICATRIZAÇÃO  | B   |
| 81000014            | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA  | CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS   | B   |
| 87000032            | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS  | CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS   | B   |
| 81000030            | CONSULTA ODONTOLÓGICA   | CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO  | B   |
| 81000065            | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL   | CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO  | B   |
| 82000700            | ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA  | MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA APÓS ORIENTAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO | B   |
| 00011413            | CONSULTA EM AMBIENTE HOSPITALAR   | CONSULTA E/OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA   | A   |
| 87000148            | ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA | MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO   | A   |



**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**RADIOLOGIA**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|--|---|
| 81000294            | LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)                             | REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS, PARA AUXILIAR NA AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ODONTOLÓGICO  | B   |
| 81000375            | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING                                      | RADIOGRAFIA FEITA DENTRO DA BOCA, PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES   | B   |
| 00012164            | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA               | RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES. EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA  | B   |
| 81000383            | RADIOGRAFIA OCLUSAL  | RAIO-X QUE É FEITO DENTRO DA BOCA, PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA | B   |
| 00012176            | RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA                                 | RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NA CLÍNICA DE RADIOLOGIA               | B   |
| 81000405            | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)              | RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA UMA VISÃO GERAL DOS DENTES E ESTRUTURAS DE SUPORTE   | B   |
| 81000421            | RADIOGRAFIA PERIAPICAL   | RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA   | B   |
| 00012152            | RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA                              | RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NA CLÍNICA RADIOLÓGICA   | B   |
| 81000553            | DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA EM MÍDIA DIGITAL (GRAVAÇÃO DO EXAME RADIOLÓGICO) | EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS EM MÍDIA DIGITAL), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO DENTISTA   | A   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**RADIOLOGIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                    | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 00012103            | DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA        | EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO  | A   |
| 00012341            | DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA      | EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO. VARIÁVEL DE ACORDO COM A TÉCNICA E COBERTURA CONTRATADA   | A   |
| 00012353            | DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESPECIAL      | EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO. VARIÁVEL DE ACORDO COM A TÉCNICA E COBERTURA CONTRATADA   | A   |
| 81000278            | FOTOGRAFIA                             | FOTOGRAFIA COM FINALIDADE DE AVALIAÇÃO  | A   |
| 81000324            | RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR            | EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO  | A   |
| 81000340            | RADIOGRAFIA DA ATM                     | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO QUE FAZ A ABERTURA E FECHAMENTO DA BOCA, UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO DA ARTICULAÇÃO NAS POSIÇÕES BOCA ABERTA (MÁXIMA ABERTURA), REPOUSO E BOCA FECHADA (EM OCLUSÃO). EXAME REALIZADO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA | A   |
| 81000561            | RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA | RADIOGRAFIA PARA INVESTIGAR A PRESENÇA DE LESÃO OU FRATURA NA REGIÃO DA PARTE DE BAIXO DA BOCA, NO CORPO DA MANDÍBULA   | A   |
| 81000430            | RADIOGRAFIA POSTEROANTERIOR            | EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO  | A   |
| 81000472            | TELERRADIOGRAFIA                       | RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO  | A   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**RADIOLOGIA (continuação)**

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO                               | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A) |
|--------------|--|---|------------------------------------|
| 81000480     | TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO | RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO, COM ESTUDO DE TRAÇADOS           | A                                  |
| 00012389     | TELERRADIOGRAFIA FRONTAL                   | RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE LADO                        | A                                  |
| 00042639     | TELERRADIOGRAFIA FRONTAL COM TRAÇADO       | RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE FRENTE, COM ESTUDO DE TRAÇADOS | A                                  |
| 81000537     | TRAÇADO CEFALOMÉTRICO                      | ESTUDO E PLANEJAMENTO (MEDIDAS) DAS ESTRUTURAS DO CRÂNIO E DA FACE, UTILIZADO NO TRATAMENTO ORTODÔNTICO             | A                                  |

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA**

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO   | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A) |
|--------------|--|---|------------------------------------|
| 84000031     | APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO  | APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA QUE PARALISA O PROGRESSO DA CÁRIE. EM GERAL UTILIZADA EM CRIANÇAS   | B                                  |
| 84000058     | APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA  | APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES, COM O USO DE BROCAS PARA APROFUNDAMENTO DESSE SULCO, QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE | B                                  |
| 84000074     | APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS  | APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE   | B                                  |
| 84000090     | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR  | APLICAÇÃO DE FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE   | B                                  |
| 84000112     | APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO  | APLICAÇÃO DE VERNIZ COM FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE  | B                                  |
| 87000016     | ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR HIGIENE BUCAL PARA OS PAIS E/OU OS CUIDADORES DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS                                  | B                                  |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                              | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|--|---|
| 84000139            | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL               | ORIENTAÇÕES SOBRE A HIGIENE E SAÚDE BUCAL  | B   |
| 87000024            | ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES    | ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR A HIGIENE E SAÚDE BUCAL   | B   |
| 84000163            | CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)          | ORIENTAÇÕES DE HIGIENE PARA REALIZAR A REMOÇÃO DE PLACA BACTERIANA DA CAVIDADE BUCAL   | B   |
| 84000171            | CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE                     | CONSULTA DE CONTROLE DA EVOLUÇÃO DA CÁRIE INICIAL E SUPERFICIAL  | B   |
| 83000020            | COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO                | COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE  | B   |
| 83000046            | COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO                    | COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE  | B   |
| 83000062            | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO          | COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE  | B   |
| 85300012            | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA                       | PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE   | B   |
| 85100269            | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA                     | PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE AO CALOR OU FRIO  | B   |
| 00014373            | PERIODONTIA MÓDULO 2 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM) | O PROCEDIMENTO INCLUI RASPAGEM SUPRAGENGIVAL, PROFILAXIA, ADEQUAÇÃO DO MEIO, ATIVIDADE EDUCATIVA, EVIDENCIAÇÃO DE PLACA E APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR                              | B   |
| 00014362            | PREVENÇÃO MÓDULO 1 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM)   | N/A  | B   |
| 84000198            | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO                  | PROCEDIMENTO EM QUE O DENTISTA REALIZA A LIMPEZA E O POLIMENTO DA COROA DO DENTE, UTILIZANDO PASTA DE PROFILAXIA E INSTRUMENTAL OU OUTRAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>   | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---|---|---|
| 84000201            | REMINERALIZAÇÃO   | PROCEDIMENTO PARA DEVOLVER AO DENTE MINERAIS PERDIDOS. ESTÁ RELACIONADO A SENSIBILIDADE DENTÁRIA            | B   |
| 85300055            | REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) | REMOÇÃO DE ELEMENTOS RETENTIVOS, DIMINUINDO O ACÚMULO DE PLACA (OBTURAÇÃO COM EXCESSO)                      | B   |
| 83000097            | MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO   | APARELHO FIXO QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE      | A   |
| 83000100            | MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL  | APARELHO REMOVÍVEL QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE | A   |

**DIAGNÓSTICO**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>         | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|-----------------------------|---|---|
| 82000239            | BIÓPSIA DE BOCA             | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA BOCA PARA ESTUDO EM LABORATÓRIO   | B   |
| 82000247            | BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA GLÂNDULA QUE PRODUZ SALIVA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS DESTA GLÂNDULA EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS | B   |
| 82000255            | BIÓPSIA DE LÁBIO            | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO LÁBIO, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS   | B   |
| 82000263            | BIÓPSIA DE LÍNGUA           | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DA LÍNGUA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS  | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**DIAGNÓSTICO (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>   | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---|---|---|
| 82000271            | BIÓPSIA DE MANDÍBULA  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS | B   |
| 82000280            | BIÓPSIA DE MAXILA   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MAXILA (ARCADA SUPERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS    | B   |
| 81000111            | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | EXAME DE AVALIAÇÃO DE CÉLULAS DA BOCA POR COLETA FEITA ATRAVÉS DE RASPAGEM DO TECIDO  | B   |
| 81000138            | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL   | EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA  | B   |
| 81000154            | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL        | EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA  | B   |
| 81000170            | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                | EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE PUNÇÃO ASPIRATIVA DE LESÕES. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA   | B   |
| 84000244            | TESTE DE FLUXO SALIVAR  | EXAME QUE MEDE A QUANTIDADE DE SALIVA PRODUZIDA (FLUXO SALIVAR) NUM DETERMINADO INTERVALO DE TEMPO  | B   |
| 84000252            | TESTE DE PH SALIVAR   | EXAME QUE AVALIA O PH DA SALIVA   | B   |
| 81000197            | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA                                  | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA  | A   |



**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**DIAGNÓSTICO (continuação)**

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO   | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A) |
|--------------|--|---|------------------------------------|
| 81000200     | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE (CONHECIDA COMO "SAPINHO") | A                                  |
| 81000219     | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE                 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MAU HÁLITO  | A                                  |
| 81000235     | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA               | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE BAIXA PRODUÇÃO DE SALIVA (BOCA SECA)                | A                                  |
| 81000243     | DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO                  | DIAGNÓSTICO POR MEIO DE UMA REPRODUÇÃO DOS DENTES EM CERA                       | A                                  |
| 84000228     | TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA                 | EXAME DA PROPRIEDADE QUE A SALIVA TEM DE MANTER O SEU PH REGULAR                | A                                  |
| 84000236     | TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA                     | EXAME DE CONTAGEM DE MICRO-ORGANISMOS TOTAIS PRESENTES NA BOCA                  | A                                  |

**CIRURGIA**

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO                                     | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A) |
|--------------|--|---|------------------------------------|
| 82000034     | ALVEOLOPLASTIA                                   | REMOÇÃO CIRÚRGICA DE IRREGULARIDADES NA REGIÃO ÓSSEA LOGO APÓS A EXTRAÇÃO DE UM DENTE   | B                                  |
| 82000050     | AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA     | REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE COM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR                                    | B                                  |
| 82000069     | AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA     | REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR                                    | B                                  |
| 82000077     | APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DO DENTE (COM DUAS RAÍZES) E INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ | B                                  |
| 82000085     | APICETOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NAS RAÍZES REMANESCENTES  | B                                  |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**CIRURGIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                                 | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---|--|---|
| 82000158            | APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ   | B   |
| 82000166            | APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ   | B   |
| 82000174            | APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA   | CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ   | B   |
| 82000182            | APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA   | CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ   | B   |
| 82000190            | APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO                 | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NO APROFUNDAMENTO DO ESPAÇO ENTRE A REGIÃO DA GENGIVA E OS LÁBIOS (SUPERIOR E/OU INFERIOR) OU BOCHECHAS, PARA MELHOR ADAPTAR PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL (DENTADURA) OU PRÓTESE REMOVÍVEL (PONTE MÓVEL) | B   |
| 82000298            | BRIDECTOMIA   | REMOÇÃO TOTAL DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE  | B   |
| 82000301            | BRIDOTOMIA  | CORTE PARA ALÍVIO DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE  | B   |
| 82000352            | CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR                      | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MAXILA (ARCADA SUPERIOR)   | B   |
| 82000360            | CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR BILATERAL            | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR)  | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**CIRURGIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 82000387            | CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR UNILATERAL                                    | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO, EM UM DOS LADOS DA MANDÍBULA  | B   |
| 82000395            | CIRURGIA PARA TÓRUS PALATINO   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA ÓSSEA NO PALATO (CÉU DA BOCA)  | B   |
| 82000441            | COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO EM LESÕES OU REGIÕES ESPECÍFICAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL, OBTIDA POR MEIO DE RASPAGEM COM ESPÁTULAS (MADEIRA OU METAL) E QUE SERÁ ENCAMINHADA AO LABORATÓRIO PARA ANÁLISE | B   |
| 82000506            | CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA                                       | CONSULTA DE RETORNO APÓS UMA CIRURGIA PARA AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO, REMOÇÃO DOS PONTOS E ORIENTAÇÕES  | B   |
| 82000557            | CUNHA PROXIMAL   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO OU GENGIVAL PARA FACILITAR A EXECUÇÃO DE OUTRO PROCEDIMENTO NA MESMA REGIÃO   | B   |
| 82000743            | EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                                 | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO QUE TEVE UM AUMENTO DE TAMANHO, LOCALIZADO NOS TECIDOS MOLES DA BOCA (GENGIVA, BOCHECHA, OUTROS)  | B   |
| 82000778            | EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DO CÁLCULO SALIVAR  | B   |
| 82000786            | EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS                                   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE CISTOS ODONTOLÓGICOS  | B   |
| 82000794            | EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE MUCOCELE   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA)   | B   |
| 82000808            | EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE RÂNULA   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA)   | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**CIRURGIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|--|---|
| 82000816            | EXODONTIA A RETALHO  | TÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DE DENTE COM UM CORTE MAIOR (FACILITAÇÃO DO ACESSO CIRÚRGICO)   | B   |
| 82001740            | EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO                | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS, IMPACTADOS (DENTRO DO OSSO) E SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS)  | B   |
| 82000832            | EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/ PROTÉTICA | REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE APÓS FINALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO E/OU PROTÉTICO  | B   |
| 82000859            | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL                                   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOVER RAIZ RESIDUAL DO DENTE   | B   |
| 82001731            | EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO           | REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS/ SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS)  | B   |
| 82001294            | EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS                        | REMOÇÃO DE DENTE SEMI-INCLUSO E IMPACTADO (COM OSSO EM CIMA DO DENTE)  | B   |
| 83000089            | EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO                                 | REMOÇÃO DE DENTE DE LEITE  | B   |
| 82000875            | EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE                              | REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE  | B   |
| 82000883            | FRENULECTOMIA LABIAL   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO  | B   |
| 82000891            | FRENULECTOMIA LINGUAL  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA   | B   |
| 82000905            | FRENULOTOMIA LABIAL  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO                             | B   |
| 82000913            | FRENULOTOMIA LINGUAL   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA                            | B   |
| 82001758            | MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS                      | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REALIZAÇÃO DE UMA INCISÃO NO CISTO, PARA DIMINUIÇÃO DO TAMANHO, QUANDO NÃO ESTÁ INDICADA A REMOÇÃO DE IMEDIATO | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**CIRURGIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 82001073            | ODONTOSSECÇÃO  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA SEPARAÇÃO DAS RAÍZES DE UM DENTE COM MAIS DE UMA RAIZ (MANUTENÇÃO DE UMA DAS RAÍZES OU AINDA TÉCNICA CIRÚRGICA NA REMOÇÃO DE DENTES) | B   |
| 82001103            | PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                                     | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA POR ASPIRAÇÃO   | B   |
| 82001120            | PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA, COM AUXÍLIO DE IMAGEM  | B   |
| 82001154            | RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVOLABIAL  | CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DE FENDA NO LÁBIO E NA GENGIVA (LÁBIO LEPORINO)  | B   |
| 82001170            | REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA                                       | CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE   | B   |
| 82001189            | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA                                     | CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE   | B   |
| 82001286            | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PARA REMOVER DENTES COM INDICAÇÃO, QUE SE ENCONTRAM DENTRO DA GENGIVA E/OU OSSO  | B   |
| 82001367            | REMOÇÃO DE ODONTOMA  | CIRURGIA PARA REMOÇÃO DA LESÃO QUE ESTÁ RELACIONADA A UM DENTE (ODONTOMA)   | B   |
| 82001464            | SEPULTAMENTO RADICULAR   | TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZADA EM CASOS NOS QUAIS SE FAZ NECESSÁRIA A SEPARAÇÃO DA COROA E DA RAIZ DO DENTE DURANTE A CIRURGIA   | B   |
| 82001529            | TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCOSSINUSAIS                                  | TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE)   | B   |
| 82001553            | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL   | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**CIRURGIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 82001588            | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL     | CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL   | B   |
| 82001596            | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                                    | B   |
| 82001618            | TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                | CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL  | B   |
| 82001634            | TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO                            | CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO   | B   |
| 82001685            | TUNELIZAÇÃO  | TÉCNICA CIRÚRGICA PARA FACILITAR A HIGIENE NOS DENTES QUE PASSARAM POR TRATAMENTO GENGIVAL COM O REPOSICIONAMENTO ÓSSEO E/OU GENGIVAL | B   |
| 82001707            | ULECTOMIA  | CIRURGIA PARA REMOVER CAPUZ DE GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO)      | B   |
| 82001715            | ULOTOMIA   | CIRURGIA PARA REMOVER PARTE DA GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO)      | B   |
| 82001391            | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                          | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL   | A   |
| 82001413            | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL                        | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL   | A   |



**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**CIRURGIA (continuação)**

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO   | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A) |
|--------------|--|---|------------------------------------|
| 82001510     | TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCONASAIS                           | TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE) | A                                  |
| 82001545     | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | CIRURGIA DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL (REGIÕES COM FREIOS, TECIDO FIBROSO)     | A                                  |

**DENTÍSTICA**

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO                                | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A) |
|--------------|---|---|------------------------------------|
| 85400017     | AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO                | AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM ACRÉSCIMO DE MATERIAL RESTAURADOR  | B                                  |
| 85400025     | AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO        | AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM DESGASTES NOS DENTES E/OU RESTAURAÇÕES EXISTENTES  | B                                  |
| 85100064     | FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL   | CONFECÇÃO DIRETA NO DENTE DO PACIENTE DE UMA LÂMINA FEITA EM RESINA, NA FRENTE DE DENTES ANTERIORES, SEM O USO DE RECURSOS DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE        | B                                  |
| 85400211     | NÚCLEO DE PREENCHIMENTO                     | PREENCHIMENTO DE MATERIAL DENTRO DO DENTE APÓS TRATAMENTO DE CANAL, PARA SUPORTAR UMA COROA OU PRÓTESE. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO DENTISTA EM CONSULTÓRIO | B                                  |
| 00015252     | RESTAURAÇÃO A PINO INTRADENTINÁRIO          | N/A   | B                                  |
| 83000135     | RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO    | OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE DE LEITE   | B                                  |
| 85100080     | RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE | OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE PERMANENTE   | B                                  |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**DENTÍSTICA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                              | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|--|---|
| 85100099            | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE                 | OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES)                        | B   |
| 85100102            | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES                | OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES)                      | B   |
| 85100110            | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES                | OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES)                      | B   |
| 85100129            | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES                | OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES)                    | B   |
| 00015264            | RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR              | OBTURAÇÃO PARA COBRIR A PARTE DA RAIZ QUE ESTÁ EXPOSTA PARA FORA DA GENGIVA  | B   |
| 85100137            | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 1 FACE        | OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO     | B   |
| 85100145            | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 2 FACES       | OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO   | B   |
| 85100153            | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 3 FACES       | OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO   | B   |
| 85100161            | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 4 FACES       | OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO | B   |
| 85100196            | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 1 FACE | OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE   | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**DENTÍSTICA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                               | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---|--|---|
| 85100200            | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 2 FACES | OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE   | B   |
| 85100218            | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 3 FACES | OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE   | B   |
| 85100226            | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 4 FACES | OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE   | B   |
| 85200085            | RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/ TRATAMENTO EXPECTANTE     | PROCEDIMENTO DE COBRIR DENTE QUE ESTÁ ABERTO, DEVIDO A CÁRIE OU QUEDA DE RESTAURAÇÃO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E, DEPOIS, OBTURAR O DENTE COM MATERIAL DEFINITIVO | B   |
| 85100234            | TRATAMENTO DE FLUOROSE – MICROABRASÃO             | TRATAMENTO DE MANCHA NO DENTE, CAUSADA POR FLÚOR, COM MATERIAL ABRASIVO  | A   |

**PERIODONTIA**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>             | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---------------------------------|---|---|
| 82000212            | AUMENTO DE COROA CLÍNICA        | AUMENTO DA PARTE DO DENTE EXPOSTA (COROA – PARTE FORA DA GENGIVA), COM A REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO AO REDOR DESTES DENTES. VISA MELHOR ADAPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE OU RESTAURAÇÃO              | B   |
| 82000336            | CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM INCISÃO E AFASTAMENTO DOS TECIDOS MOLES DA BOCA PARA TER ACESSO AO LOCAL   | B   |
| 82000417            | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO TECIDO ÓSSEO NA REGIÃO DE UM DENTE OU GRUPO DE DENTES PARA REALIZAÇÃO DE RASPAGEM PROFUNDA (TENTATIVA DE DIMINUIÇÃO DO ESPAÇO ENTRE O TECIDO ÓSSEO E A GENGIVA) | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**PERIODONTIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                                       | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---|---|---|
| 82000662            | ENXERTO GENGIVAL LIVRE                                    | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE  | B   |
| 82000689            | ENXERTO PEDICULADO  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE  | B   |
| 82000921            | GENGIVECTOMIA   | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL   | B   |
| 00014397            | GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO                                | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL (EM UM DENTE ESPECÍFICO)  | B   |
| 82000948            | GENGIVOPLASTIA  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ESTÉTICA, QUE CONSISTE NA REMOÇÃO CIRÚRGICA GENGIVAL (TECIDO DE CONTORNO DOS DENTES)  | B   |
| 85300020            | IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES               | TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES PERMANENTES (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA)   | B   |
| 00014385            | PERIODONTIA MÓDULO 3 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM PROFUNDA) | 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 | B   |
| 85300039            | RASPAGEM SUBGENGIVAL/<br>ALISAMENTO RADICULAR             | LIMPEZA PROFUNDA DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA  | B   |
| 85300047            | RASPAGEM SUPRAGENGIVAL                                    | LIMPEZA DA COROA DO DENTE E PARTE DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA   | B   |
| 85300063            | TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO                  | TRATAMENTO PARA INFECÇÃO BUCAL (DENTE E/OU GENGIVA E TECIDOS DE SUPORTE)  | B   |
| 85300071            | TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA            | TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO/INFECÇÃO AGUDA GENERALIZADA NA CAVIDADE BUCAL  | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**PERIODONTIA (continuação)**

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO                                       | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B)<br>ADICIONAL (A) |
|--------------|--|---|---------------------------------------|
| 82000344     | CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM APLICAÇÃO DE MINERAL ÓSSEO NA REGIÃO                                 | A                                     |
| 82000646     | ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL                    | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE | A                                     |

**ENDODONTIA**

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO   | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B)<br>ADICIONAL (A) |
|--------------|--|---|---------------------------------------|
| 85100056     | CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA                                       | PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO  | B                                     |
| 85200174     | CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA                           | PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO  | B                                     |
| 85200050     | REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL                                   | REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO QUE ESTÁ DENTRO DO CANAL  | B                                     |
| 85200069     | REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO | REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CANAL PARA A REALIZAÇÃO DE UM NOVO TRATAMENTO DE CANAL   | B                                     |
| 85200077     | REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR                                      | REMOÇÃO DA ESTRUTURA METÁLICA (PINO) DE DENTRO DO CANAL   | B                                     |
| 85200093     | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR                                  | RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR | B                                     |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**ENDODONTIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                                       | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---|---|---|
| 85200107            | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR                  | RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM MAIS DE DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR | B   |
| 85200115            | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR                    | RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM UMA RAIZ, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR            | B   |
| 85200123            | TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA                      | TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO NO CANAL (PERFURAÇÃO DO ASSOALHO DO DENTE <=> FATO INESPERADO DURANTE UM TRATAMENTO DE CANAL)  | B   |
| 85200140            | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR                       | TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR   | B   |
| 85200131            | TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA | TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE, COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS (UTILIZADOS QUANDO A RAIZ AINDA ESTÁ EM FORMAÇÃO)   | B   |
| 83000151            | TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO                   | TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE DE LEITE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO) E DESINFECÇÃO DO CANAL.   | B   |
| 85200158            | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR                    | TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (MAIS DE DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR   | B   |



**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**ENDODONTIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--------------------------------------|--|---|
| 85200166            | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR | TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (UMA RAIZ), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR   | B   |
| 85200018            | CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO   | CLAREAMENTO DE DENTE ESCURECIDO PELO TRATAMENTO DE CANAL COM O USO DE PRODUTOS CLAREADORES DENTRO DO CANAL. PODE HAVER OU NÃO O SUCESSO NO CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL) | A   |

**PRÓTESE DO ROL**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                        | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|--|---|
| 87000040            | COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE       | COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE   | B   |
| 87000059            | COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE           | COROA (METÁLICA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE  | B   |
| 87000067            | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE | COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE   | B   |
| 85400076            | COROA PROVISÓRIA COM PINO                  | COROA PROVISÓRIA COM PINO (FIXAÇÃO DENTRO DA RAIZ DO DENTE) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES | B   |
| 85400084            | COROA PROVISÓRIA SEM PINO                  | COROA PROVISÓRIA SEM PINO DENTRO DA RAIZ DO DENTE, CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES          | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**PRÓTESE DO ROL (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                          | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 85400114            | COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)  | COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES INCISIVOS, LATERAIS E CANINOS). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES | B   |
| 85400149            | COROA TOTAL METÁLICA                         | COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL, SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES   | B   |
| 85400220            | NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO                      | ESTRUTURA DE METAL CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES  | B   |
| 85400262            | PINO PRÉ-FABRICADO                           | PINO COLOCADO NA RAIZ DOS DENTES APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA DAR SUSTENTAÇÃO E SUPORTE PARA COROAS  | B   |
| 85200026            | PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR          | PROCEDIMENTO PARA O PREPARO DA RAIZ APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA ACOMODAR E COLOCAR O PINO   | B   |
| 85400459            | PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA | PEÇA PROVISÓRIA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A COLOCAÇÃO DA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA DEFINITIVA   | B   |
| 85400505            | REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO                | REMOÇÃO DE COROAS, PRÓTESES FIXAS, PARA AVALIAÇÃO E CONFECCÃO DE NOVAS  | B   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**PRÓTESE DO ROL (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>   | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|---|--|---|
| 85400556            | RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA                                    | BLOCO EM METAL PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO                               | B   |
| 00041227            | NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO | ESTRUTURA DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES | A   |

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 82001197            | REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)        | CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A ARTICULAÇÃO QUE FAZ A BOCA ABRIR E FECHAR | B   |
| 00081610            | TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DA ATM   | TRATAMENTO DA FASE AGUDA DAS DISFUNÇÕES DA ATM (DOR, DIFICULDADE DE ABERTURA DA BOCA)                                     | B   |
| 82001642            | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM | TRATAMENTO PARA DESLOCAMENTO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM   | A   |

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPJE45

## ODONTOLOGIA ESTÉTICA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO  | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO  | COBERTURA BÁSICA (B)<br>ADICIONAL (A) |
|--------------|---|--|---------------------------------------|
| 85100021     | CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO                          | CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO MOLDEIRA E GEL CLAREADOR DE ACORDO COM A TÉCNICA INDICADA PELO PROFISSIONAL. PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL) | A                                     |
| 81000090     | CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO | CONSULTA REALIZADA PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO, EXPLICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DE CLAREAMENTO FEITO PELO CLIENTE   | A                                     |

## ORTODONTIA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO                           | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO   | COBERTURA BÁSICA (B)<br>ADICIONAL (A) |
|--------------|--|---|---------------------------------------|
| 86000039     | APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR – APM | É UM TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO FIXO OU REMOVÍVEL QUE AUXILIA NA CORREÇÃO DA POSIÇÃO DA MANDÍBULA, SENDO UTILIZADO NOS DISTÚRBIOS DO SONO | A                                     |
| 86000055     | APARELHO EXTRABUCAL                    | APARELHO ORTODÔNTICO QUE UTILIZA COMPONENTES EXTERNOS NA FACE, PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES NO TRATAMENTO ORTODÔNTICO                       | A                                     |
| 86000098     | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO     | APARELHO DE METAL FIXO QUE UTILIZA COMPONENTES INTERNOS ( <i>BRACKETS</i> ) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS  | A                                     |
| 86000136     | APM – APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR | APARELHO ORTODÔNTICO QUE, JUNTO COM UM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO, AUXILIA NA CORREÇÃO DA MORDIDA  | A                                     |
| 86000144     | ARCO LINGUAL                           | ARCO DE METAL QUE PODERÁ SER USADO PARA MANTER O COMPRIMENTO E A LARGURA DA ARCADA INFERIOR DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO                | A                                     |
| 86000152     | BARRA TRANSPALATINA FIXA               | COMPONENTE (BARRA DE AÇO) UTILIZADO NO CÉU DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO   | A                                     |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**ORTODONTIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                                      | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 86000195            | BOTÃO DE NANCE   | DISPOSITIVO DE METAL INSTALADO NO CÉU DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO                        | A   |
| 87000199            | COLOCAÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO REMOVÍVEL              | N/A   | A   |
| 00042356            | CONCERTO DE APARELHO                                     | CONCERTO DE APARELHO ORTODÔNTICO  | A   |
| 86000209            | CONTENÇÃO FIXA – POR ARCADEA                             | FIO QUE É INSTALADO, APÓS A REMOÇÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO, PARA EVITAR A MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES    | A   |
| 81000189            | DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO  | CONSULTA, ESTUDO, AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO E PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO                  | A   |
| 00042368            | DISJUNTOR HASS   | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA                                   | A   |
| 86000225            | DISJUNTOR PALATINO – HIRAX                               | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA                                   | A   |
| 86000233            | DISJUNTOR PALATINO – MCNAMARA                            | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA                                   | A   |
| 86000314            | GRADE PALATINA FIXA                                      | TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO CHAMADO GRADE PALATINA FIXA  | A   |
| 86000322            | GRADE PALATINA REMOVÍVEL                                 | TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO CHAMADO GRADE PALATINA REMOVÍVEL   | A   |
| 86000357            | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO       | CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO                    | A   |
| 86000365            | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO ORTOPÉDICO | CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO-ORTOPÉDICO              | A   |
| 86000373            | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL  | CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO REMOVÍVEL               | A   |
| 81000308            | MODELOS ORTODÔNTICOS                                     | MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA PARA CONFECCÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO | A   |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA JURÍDICA DPJE45**

**ORTODONTIA (continuação)**

| <b>CÓD. PROCED.</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                                | <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>  | <b>COBERTURA BÁSICA (B)<br/>ADICIONAL (A)</b> |
|---------------------|--|---|---|
| 86000462            | PLACA DE HAWLEY                                    | MODELO DE APARELHO MÓVEL UTILIZADO, NO FINAL DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO, COM A FINALIDADE DE MANTER OS DENTES EM POSIÇÃO APÓS A REMOÇÃO DO APARELHO  | A   |
| 86000470            | PLACA DE HAWLEY – COM TORNO EXPANSOR               | APARELHO ORTODÔNTICO MÓVEL COM A FINALIDADE DE EXPANSÃO DO OSSO MAXILAR (ARCADA SUPERIOR)   | A   |
| 86000535            | PLACA LABIOATIVA                                   | A PLACA LABIOATIVA É UM TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO USADO NOS DENTES INFERIORES  | A   |
| 85400270            | PLACA OCLUSAL RESILIENTE                           | APARELHO REMOVÍVEL USADO NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DOR, DIFICULDADE DE ABRIR OU FECHAR A BOCA, ZUMBIDOS, PROBLEMAS MUSCULARES)  | A   |
| 86000560            | QUADRIÉLICE  | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO, USADO PARA AUMENTAR O ARCO PALATINO DA CAVIDADE BUCAL, UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CASOS DE MORDIDA CRUZADA   | A   |
| 81000367            | RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO – CARPAL                | RADIOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA MATURIDADE ÓSSEA DA CRIANÇA (ESTÁGIO DE CRESCIMENTO ÓSSEO)  | A   |
| 86000578            | REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL                     | APARELHO MÓVEL INDICADO EM PACIENTES JOVENS PARA EQUILIBRAR O CRESCIMENTO ENTRE A MAXILA E A MANDÍBULA  | A   |
| 00042603            | REMOÇÃO DE APARELHO FIXO (POLIMENTO INCLUSO)       | PROCEDIMENTO REALIZADO PARA REMOVER O APARELHO ORTODÔNTICO NO INÍCIO DE UM NOVO TRATAMENTO E NO FINAL DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO. O PROCEDIMENTO INCLUI A LIMPEZA E O POLIMENTO CORONÁRIO (PROFILAXIA) | A   |
| 81000456            | SLIDE  | DISPOSITIVO QUE PROJETA QUADROS COM IMAGEM DO DENTE   | A   |
| 82001502            | TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA | CIRURGIA PARA INSTALAÇÃO DE UM COMPONENTE NO DENTE, PARA PUXAR O DENTE QUE ESTÁ INTRAÓSSEO E SERÁ MOVIMENTADO DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO  | A   |