

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPME E90-1

| CLÁUSULAS | ASSUNTO | PÁGINA |
|-----------|---|--------|
| 1 | Conceitos | 1 |
| 1 | Dados Gerais do Contrato | 4 |
| | Qualificação da CONTRATADA e da CONTRATANTE | 4 |
| | Objeto do Contrato | 4 |
| | Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS | 4 |
| | Tipo de Contratação | 4 |
| | Segmentação Assistencial do Plano | 5 |
| | Área Geográfica de Abrangência e Atuação do Plano | 5 |
| | Formação de Preço – Contrato | 5 |
| | Serviços e Coberturas Adicionais | 5 |
| 2 | Atributos do Contrato | 5 |
| 3 | Condições de Admissão | 6 |
| 4 | Coberturas e Procedimentos Garantidos | 10 |
| 5 | Exclusões de Cobertura | 11 |
| 6 | Duração do Contrato | 13 |
| 7 | Carências | 14 |
| 8 | Atendimento de Urgência e Emergência | 15 |
| 9 | Acesso à Livre Escolha de Prestadores | 16 |
| 10 | Mecanismos de Regulação | 19 |
| 11 | Formação de Preço e Contraprestação | 21 |
| 12 | Forma de Pagamento | 23 |
| 13 | Reajuste Anual | 24 |
| 14 | Regras para Instrumentos Jurídicos de Plano Coletivo – Manutenção de Ex-Empregados Aposentados ou Demitidos sem Justa Causa | 25 |
| 15 | Condições da Perda da Qualidade de BENEFICIÁRIO | 29 |
| 16 | Suspensão/Rescisão | 31 |
| 17 | Privacidade e Proteção de Dados Pessoais | 33 |
| 18 | Disposições Gerais | 35 |
| 19 | Do Foro | 38 |
| | Anexo de Cobertura | 39 |

| 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 DPME E90-1

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 DPME E90-1

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;

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 E90 Nac R PJ – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação, com previsão de reembolso. Registrado na ANS sob o nº 489856217.

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, 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 557/22 da ANS ou qualquer outra que vier a substituí-la. Desse modo, o **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que a **CONTRATADA** não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar no Rol, neste Contrato ou em seus eventuais anexos.

3 | Cláusula Terceira

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

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

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPME E90-1

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 do **BENEFICIÁRIO** Titular maiores de 21 (vinte e um) anos de idade com qualquer deficiência que impossibilite a realização de atividades para o sustento próprio, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil;
- (iv) pai, mãe, irmãos(ãs), avós, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrasta e cunhado(a).

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

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

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

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

3.4.2 – Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e/ou pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá exigir, a qualquer tempo, (i) documentos constitutivos da pessoa jurídica **CONTRATANTE**; (ii) documentos que comprovem o vínculo entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e a **CONTRATANTE** – sejam comprovantes de vínculo empregatício, estatutário ou 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 ao **BENEFICIÁRIO** por portador indicado pela **CONTRATANTE**, ficando esta responsável pela informação e pela entrega do respectivo comprovante que demonstre a veracidade da solicitação.

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

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

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

4 | Cláusula Quarta

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

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

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

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

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

5 | Cláusula Quinta

EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

5.1.1 – Qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e 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 (OPME- órteses, próteses e materiais especiais) e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

5.1.2 – Remoção do **BENEFICIÁRIO**;

5.1.3 – Enfermagem particular e assistência odontológica domiciliar;

5.1.4 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

5.1.5 – Sedação medicamentosa ambulatorial em Odontologia, inclusive Sedação medicamentosa ambulatorial em Pacientes com necessidades especiais em Odontologia;

5.1.6 – Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em Odontologia, inclusive Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em Pacientes com necessidades especiais em Odontologia;

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

5.1.8 – Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de urgência, exames, terapias e consultas odontológicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Odontologia – CRO;

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

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

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

5.1.12 – Instalação e manutenção de aparelhos ortodônticos, sejam eles fixos, removíveis, ortopédicos e/ou estéticos que não estejam especificados no anexo contratual de COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, bem como reposição desses aparelhos e/ou acessórios (bandas, botões, ganchos etc.);

5.1.13 – Dispositivos ortodônticos do tipo alinhadores transparentes/invisíveis, de quaisquer marcas disponíveis no mercado, bem como sua instalação, remoção e/ou manutenções, independentemente da periodicidade destas;

5.1.14 – Implantes ortodônticos com finalidade de ancoragem dentária e/ou movimentação/tração de dentes;

5.1.15 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

5.1.16 – Todos e quaisquer procedimentos associados à harmonização oral e/ou facial (HOF);

5.1.17 – Lentes de contato dental;

5.1.18 – Implante(s) dentário(s) e coroa(s) unitária(s) ou prótese(s) sobre implante(s), independente do tipo de prótese e do material;

5.1.19 – Utilização de microscopia odontológica;

5.1.20 – Qualquer tipo de exame de tomografia, incluindo Tomografia Computadorizada por feixe cônico cone beam;

5.1.21 – Fisioterapia associada a Disfunção Temporomandibular;

5.1.22 – 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.

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 – O contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado depois de transcorrida a vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses estipulada no item 6.1 desde que nenhuma das Partes se manifeste contrariamente à sua renovação, no prazo de aviso prévio de 60 (sessenta) dias. No ato de renovação, não caberá cobrança de taxas tampouco a incidência de qualquer período adicional de carências.

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

7 | Cláusula Sétima

CARÊNCIAS

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

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

| Grupo de Procedimentos | Prazos de Carência |
|---|----------------------------|
| Urgência/Emergência Odontológica | 24 (vinte e quatro) horas |
| Cirurgia Oral Menor | 24 (vinte e quatro) horas |
| Consultas Odontológicas | 24 (vinte e quatro) horas |
| Dentística Restauradora | 24 (vinte e quatro) horas |
| Diagnóstico | 24 (vinte e quatro) horas |
| Endodontia | 24 (vinte e quatro) horas |
| Odontologia Preventiva | 24 (vinte e quatro) horas |
| Periodontia | 24 (vinte e quatro) horas |
| Radiologia | 24 (vinte e quatro) horas |
| Prótese do Rol | 24 (vinte e quatro) horas |
| Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial | 180 (cento e oitenta) dias |
| Odontologia Estética | 180 (cento e oitenta) dias |
| Prótese Dentária | 180 (cento e oitenta) dias |

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPME E90-1

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 | Prazos de Carência |
|---|----------------------------|
| Urgência/Emergência Odontológica | 24 (vinte e quatro) horas |
| Cirurgia Oral Menor | 60 (sessenta) dias |
| Consultas Odontológicas | 60 (sessenta) dias |
| Dentística Restauradora | 60 (sessenta) dias |
| Diagnóstico | 60 (sessenta) dias |
| Endodontia | 60 (sessenta) dias |
| Odontologia Preventiva | 60 (sessenta) dias |
| Periodontia | 60 (sessenta) dias |
| Radiologia | 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 |
| Prótese Dentária | 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.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

PESSOA JURÍDICA DPME E90-1

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.

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 e com as regras dispostas a seguir:

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

9.2.2 – A Tabela de Reembolso que rege o reembolso encontra-se registrada no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site 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, 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.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA DPME E90-1

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, na “área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10 | Cláusula Décima

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

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

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

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA

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

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

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

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

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS E EXAMES

10.6 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA** cartão de identificação em meio físico ou digital e documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil). Para utilização dos serviços em clínica de radiologia, deverá apresentar, também, o pedido de exame emitido pelo cirurgião-dentista em receituário timbrado e original. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do **BENEFICIÁRIO**, será realizada a validação biométrica (facial, digital etc.).

- 10.6.1** – Caso o pedido de exame radiológico seja realizado pela rede credenciada, também poderá ser aceito pedido digitalizado encaminhado pelo dentista solicitante através do portal do prestador e visualizado pela clínica radiológica.

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

10.8 – A qualquer momento, o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consulta(s) de avaliação, destinada(s) a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, a elucidação de dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tal(is) consulta(s) será(ão) realizada(s) por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA

10.9 – A **CONTRATADA** poderá realizar alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da **CONTRATADA** pode ser consultada através (I) do aplicativo Amil Clientes; (II) área logada no site amil.com.br ou; (III) junto à Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

11 | Cláusula Décima Primeira

FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12 | Cláusula Décima Segunda

FORMA DE PAGAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

13 | Cláusula Décima Terceira

REAJUSTE ANUAL

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

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

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

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

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

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

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

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

14 | Cláusula Décima Quarta

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

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

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

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

I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

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

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

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

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

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

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

II. CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

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

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

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

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

III. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR DEMITIDO/APOSENTADO

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

14.10 – Em caso de 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 438 e nº 488, ambas da ANS.

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

14.16 – 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 488, arts. 4º e 5º, parágrafo único;
- (ii) Admissão em novo emprego;
- (iii) Cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

14.17 – 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 488, art. 22;
- (iii) Se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (iv) Por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (v) Se o **BENEFICIÁRIO** optou pela manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

14.18 – 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 – Na hipótese das Partes utilizarem cartão de identificação por meio físico, a **CONTRATANTE** obriga-se a coletar o referido cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s) e a devolver tal documento à **CONTRATADA**, assegurando-se a esta o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento, para fins de cobertura de assistência constante 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.

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

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

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

I. Cancelamento pelo BENEFICIÁRIO Titular

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

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

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

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

16 | Cláusula Décima Sexta

SUSPENSÃO/RESCISÃO

I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

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

II. RESCISÃO

16.2 – O presente Contrato poderá ser extinto:

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

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

16.2.3 – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência; ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item “COBERTURAS EXTRACONTRATUAIS E DEMAIS DESPESAS” 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 (quincuagésimo) 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 – Nos casos em que a **CONTRATANTE** solicitar imotivadamente, antes de transcorrido o prazo de vigência mínima estabelecido no tema “Duração do Contrato”, o cancelamento do contrato ou quando der causa à sua extinção, será aplicada multa rescisória no valor de 03 (três) vezes o valor da última fatura paga.

16.3.1 – A multa rescisória, em razão da descontinuidade do contrato antes de sua vigência mínima, será aplicada no mês subsequente ao cancelamento do contrato, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**.

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

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

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

III) Para os Contratos com pagamento à vista ou, ainda que parcelado, em que o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário, a **CONTRATADA** providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente, descontada eventual multa contratual no caso de cancelamento do contrato, em fatura do cartão de crédito, conta-corrente ou poupança da **CONTRATANTE**.

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

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

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

17 | Cláusula Décima Sétima

PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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

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

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

PESSOA JURÍDICA DPME E90-1

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 despendar, 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 ou a que eventualmente vier a substituí-la.

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 DPME E90-1

Anexo de Cobertura

Neste documento, são apresentados as COBERTURAS E OS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS no Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica Pessoa Jurídica DPME E90-1.

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 |
|--------------|-----------------------------------|---|-----------|
| 85100013 | Capeamento pulpar direto | Colocação de um medicamento que visa a 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 |
| 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 de imediato, é necessário o acompanhamento posterior de um dentista clínico. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 81000057 | Consulta odontológica de urgência 24h | Consulta odontológica em centros 24h, para alívio de dor, cimentação de próteses e outros procedimentos de acordo com a cobertura contratual. Após o atendimento de imediato, é necessário o acompanhamento posterior de um dentista clínico. | B |
| 11318 | Consulta odontológica de urgência 24h – simples | Consulta odontológica em centros 24h, para alívio de dor, cimentação de próteses e outros procedimentos de acordo com a cobertura contratual. Após o atendimento de 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 de 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 promovem 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 |
| 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 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 |
| 82001251 | Reimplante dentário com contenção | Recolocação de um dente que por motivo de trauma foi expelido do alvéolo (local que raiz do dente fica). | B |
| 82001308 | Remoção de dreno extraoral | Remoção de um tubo cirúrgico de uma ferida fora da boca. | B |
| 82001316 | Remoção de dreno intraoral | Remoção de um 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), internos ou externos a 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 da gengiva e tecido ósseo de um dente. | B |

CONSULTA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|---|------------------|
| 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 |
| 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 DPME E90-1**

CONSULTA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 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 avaliação e planejamento do tratamento odontológico. | B |

RADIOLOGIA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 81000324 | Radiografia anteroposterior | Exame por imagem, feita fora da cavidade bucal usada para localização das fraturas; na pesquisa e localização de elementos que não fazem parte do nosso corpo. | 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

RADIOLOGIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 81000430 | Radiografia posteroanterior | Exame por imagem, feita fora da cavidade bucal usada para localização das fraturas; na pesquisa e localização de elementos que não fazem parte do nosso corpo. | A |
| 81000480 | Telerradiografia com traçado cefalométrico | Radiografia extrabucal que mostra estruturas ósseas da região de cabeça e pescoço, com estudo de traçados. | A |
| 12389 | Teleradiografia frontal | Raio X feito fora da boca que mostra estruturas ósseas da região de cabeça e pescoço de lado. | A |
| 12103 | Documentação ortodôntica básica | Exame feito em Clínica radiológica (conjunto de imagens, exames e traçados), para avaliação e planejamento ortodôntico. | A |
| 81000375 | Radiografia interproximal – bite-wing | Radiografia feito 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 (incluso) 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 (incluso) e dentes que vieram a mais (supranumerários). Exame realizado na clínica de radiologia. | B |
| 81000405 | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) | Radiografia extrabucal que mostra uma visão geral dos dentes e estruturas de suporte. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

RADIOLOGIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 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 |
| 81000472 | Telerradiografia | Raio X feito fora da boca que mostra estruturas ósseas da região de cabeça e pescoço. | A |
| 81000294 | Levantamento radiográfico (exame radiodôntico) | Realização de radiografias periapicais, para auxiliar na avaliação, diagnóstico e planejamento odontológico. | B |

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 14362 | Prevenção módulo 1 (limpeza dentária/raspagem) | Combinação de procedimentos para rotina de 'limpeza' dentária, inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor. | 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 |
| 85100242 | Adequação do meio bucal | Procedimentos preparatórios na boca antes do início do tratamento odontológico. | B |
| 84000031 | Aplicação de cariostático | Aplicação de uma substância que paralisa o progresso da cárie. Em geral utilizado em crianças. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 84000058 | Aplicação de selante – técnica invasiva | Aplicação de uma substância no sulcos dos dentes, com o uso de brocas para aprofundamento destes sulcos, que pode prevenir o surgimento de cárie. | B |
| 84000074 | Aplicação de selante de fósulas e fissuras | Aplicação de uma substância no sulcos 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 |
| 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 |
| 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 14373 | Periodontia módulo 2 | O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor. | B |
| 14361 | Prevenção módulo 1 | O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor. | B |
| 84000198 | Profilaxia: polimento coronário | Procedimento que o dentista realiza a limpeza e polimento da coroa do dente, utilizando pasta de profilaxia e instrumental ou outras técnicas e instrumentos complementares. | B |
| 84000201 | Remineralização | Procedimento para devolverão 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 |
| 85100269 | Dessensibilização dentinária | Procedimento que utiliza agentes químicos para minimizar e tratar a sensibilidade do dente ao calor ou frio. | B |

DIAGNÓSTICO

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 81000197 | Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética | Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética. | 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

DIAGNÓSTICO (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--------------------------------------|---|------------------|
| 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 |
| 84000252 | Teste de pH salivar | Exame que avalia o pH da saliva. | 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 |
| 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

DIAGNÓSTICO (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 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 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 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 |

CIRURGIA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 82001120 | Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial | Procedimento cirúrgico para investigar, removendo uma amostra de células do tecido, lesão ou massa, com auxílio de imagem. | 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 |
| 82001510 | Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal | Tratamento de infecções da cavidade bucal que tenham um trajeto (fístula) interna ou externa (face). | A |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

CIRURGIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 82001545 | Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região bucomaxilofacial | Cirurgia de bridas constrictivas da região bucomaxilofacial (regiões com freios, tecido fibroso). | A |
| 82001685 | Tunelização | Técnica cirurgica para facilitar a higiene nos dentes que passaram por tratamento gengival com o reposicionamento ósseo e/ou gengival. | B |
| 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 birradiculares 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 birradiculares 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 |
| 82000158 | Apicetomia multirradiculares 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 multirradiculares 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 unirradiculares 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 unirradiculares sem obturação retrógrada | Cirurgia de remoção da ponta da raiz de um dente sem a inserção de material restaurador no remanescente desta raiz. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

CIRURGIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 82000190 | Aprofundamento/aumento de vestibulo | 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) e que podem dificultar a adaptação de alguns tipos de prótese. | B |
| 82000301 | Bridotomia | Corte para alívio das bridas (estruturas fibrosas que temos na boca) e 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 óssea na maxila (arcada superior). | B |
| 82000360 | Cirurgia para tórus mandibular bilateral | Procedimento cirúrgico, para a diminuição e/ou remoção de protuberância óssea na mandíbula (arcada inferior). | B |
| 82000387 | Cirurgia para tórus mandibular unilateral | Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância óssea, 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, obtidas por meio de raspagem com espatulas (madeira ou metal) e que serão envaminhadas ao laboratório para análise. | B |
| 82000557 | Cunha proximal | Procedimento cirúrgico para remoção de tecido ósseo ou gengival para facilitar a execução de outro procedimento na mesma região. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

CIRURGIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|---|------------------|
| 82000778 | Exérese ou excisão de cálculo salivar | Procedimento cirúrgico, para retirar uma parte ou a totalmente o cálculo salivar. | B |
| 82000786 | Exérese ou excisão de cistos odontológicos | Procedimento cirúrgico, para remoção total ou parcial de cistos odontológicos. | B |
| 82000794 | Exérese ou excisão de mucocele | Procedimento cirúrgico, para retirar uma parte ou a totalmente, a mucocele (glândula salivar "entupida" por trauma ou outra causa). | B |
| 82000808 | Exérese ou excisão de rânula | Procedimento cirúrgico, para retirar uma parte ou a totalmente, a mucocele (glândula salivar "entupida" por trauma ou outra causa). | B |
| 82000816 | Exodontia a retalho | Técnica cirurgica para remoção de dente com um corte maior (facilitação do acesso cirúrgico). | B |
| 82001740 | Exodontia de inclusos/ impactados/supranumerário | Remoção de dente 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 |
| 82001294 | Exodontia de semi-inclusos/ impactados | Remoção de dente semi-incluso e impactado (com osso em cima do dente). | B |
| 82001731 | Exodontia de semi-inclusos/ impactados/supranumerário | Remoção de dente semi-inclusos/impactados/ supranumerário (dentes extras). | 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

CIRURGIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 82000905 | Frenulotomia labial | Procedimento cirúrgico que consiste na remoção parcial ou reposicionamento do tecido fibroso (freio) do lábio. | B |
| 82000913 | Frenulotomia lingual | Procedimento cirúrgico que consiste na remoção parcial ou reposicionamento do tecido fibroso (freio) da língua. | B |
| 82001073 | Odontosecção | Procedimento cirúrgico, que consiste na separação das raízes, de um dente com mais de uma raiz (manutenção de uma das raízes ou ainda técnica cirurgica na remoção de dentes). | B |
| 82001103 | Punção aspirativa na região bucomaxilofacial | Procedimento cirúrgico para investigar, removendo uma amostra de células do tecido, lesão ou massa por aspiração. | B |
| 82001154 | Reconstrução de sulco gengivolabial | Cirurgia para reconstrução de fenda no lábio e na gengiva (Lábio leporino). | B |
| 82001170 | Redução cruenta de fratura alvéolo dentária | Cirurgia para reposicionar os fragmentos após uma fratura da região onde está a raiz do dente. | B |
| 82001189 | Redução incruenta de fratura alvéolo dentária | 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 |
| 82001464 | Sepultamento radicular | Técnica cirúrgica utilizada em casos onde se faz necessário a separação da coroa e da raiz do dente durante a cirurgia. | B |
| 82001529 | Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal | Tratamento de infecções da cavidade bucal que tenham um trajeto (fístula) interna ou externa (face). | B |
| 82001553 | Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial | Cirurgia nos casos de aumento de tecido moles na região bucomaxilofacial. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

CIRURGIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 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 |
| 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 gengiva que está em cima do dente, para permitir que o dente saia de dentro da gengiva. (erupção). | B |
| 82001367 | Remoção de odontoma | Cirurgia para remoção da lesão que está relacionada a um dente (odontoma). | 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

DENTÍSTICA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 85100234 | Tratamento de fluorose – microabrasão | Tratamento de mancha no dente, causado por flúor, com material abrasivo. | 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 (dentes anteriores) | 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 |
| 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 |
| 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 |
| 15264 | 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

DENTÍSTICA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 85100145 | Restauração em ionômero de vidro – 2 faces | Obturação confeccionada com o material ionômero de vidro em dentes de leite, que recobre uma parede do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo. | B |
| 85100153 | Restauração em ionômero de vidro – 3 faces | Obturação confeccionada com o material ionômero de vidro em dentes de leite, que recobre uma parede do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo. | B |
| 85100161 | Restauração em ionômero de vidro – 4 faces | Obturação confeccionada com o material ionômero de vidro em dentes de leite, que recobre uma parede do dente, após a remoção da cárie, de dentes do fundo. | 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 |
| 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 restauração caiu, com material provisório, com o objetivo de diminuir desconforto e dor e depois, obturar o dente com material definitivo. | B |
| 85400211 | Núcleo de preenchimento | Preenchimento de material dentro do dente pós-tratamento de canal, para suportar uma coroa ou prótese. Procedimento realizado pelo dentista em consultório. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PERIODONTIA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 82000646 | Enxerto conjuntivo subepitelial | Procedimento cirúrgico para enxerto de tecido em local necessário, utilizando tecidos do próprio paciente. | A |
| 82000662 | Enxerto gengival livre | Procedimento cirúrgico para enxerto de tecido em local necessário, utilizando tecidos do próprio paciente. | B |
| 82000689 | Enxerto pediculado | Procedimento cirúrgico para enxerto de tecido em local necessário, utilizando tecidos do próprio paciente. | B |
| 82000344 | Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos | Procedimento cirúrgico realizado com aplicação de mineral ósseo na região. | A |
| 82000212 | Aumento de coroa clínica | Aumento da a parte do dente exposta (coroa – parte fora da gengiva), com a remoção de tecido ósseo ao redor deste dente. Visa melhor adaptação de uma prótese ou restauração. | B |
| 82000336 | Cirurgia odontológica a retalho | Procedimento de 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 raspagem profunda (tentativa de diminuição do espaço entre o tecido ósseo e a gengiva). | B |
| 82000921 | Gengivectomia | Procedimento cirúrgico, para a remoção de excesso de tecido gengival. | B |
| 14397 | Gengivectomia por elemento | Procedimento cirúrgico, para a remoção de excesso de tecido gengival (em um dente específico). | B |
| 82000948 | Gengivoplastia | Procedimento cirúrgico que consista na remoção cirúrgica gengival (tecido de contorno dos dentes). | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PERIODONTIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 85300020 | Imobilização dentária em dentes permanentes | Técnica utilizada para fixação de dentes permanentes (em geral, após queda ou trauma). | B |
| 14385 | Periodontia módulo 3 | O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgingival, raspagem supragingival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidênciação de placa e aplicação tópica de flúor. | B |
| 85300039 | Raspagem subgingival/alisamento radicular | Limpeza profunda da gengiva e polimento da coroa. | B |
| 85300047 | Raspagem supragingival | 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 |

ENDODONTIA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--------------------------------------|---|------------------|
| 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 |
| 85200050 | Remoção de corpo estranho intracanal | Remoção de corpo estranho que está dentro do canal. | B |
| 85200077 | Remoção de núcleo intrarradicular | Remoção da estrutura metálica (pino) de dentro do canal. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

ENDODONTIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 85200093 | Retratamento endodôntico birradicular | Reconfecção do tratamento canal em dentes com duas raízes, devido a reinfecção no canal do dente, já tratado anteriormente. Nesse procedimento é realizada a remoção do material obturador, nova desinfecção do canal e novo preenchimento da raiz com material obturador. | B |
| 85200107 | Retratamento endodôntico multirradicular | Reconfecção do tratamento canal em dentes com mais de duas raízes, devido a reinfecção no canal do dente, já tratado anteriormente. Nesse procedimento é realizada a remoção do material obturador, nova desinfecção do canal e novo preenchimento da raiz com material obturador. | B |
| 85200115 | Retratamento endodôntico unirradicular | Reconfecção do tratamento canal em dentes com uma raiz, devido a reinfecção no canal do dente, já tratado anteriormente. Nesse procedimento é realizada a remoção do material obturador, nova desinfecção do canal e novo preenchimento da raiz com material obturador. | 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 sendo feita a remoção da polpa (nervo), desinfecção do canal e medicamentos específicos (utilizado 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), desinfecção do canal. | B |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

ENDODONTIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 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 |
| 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 |

PRÓTESE DO ROL

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|---|------------------|
| 41227 | 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 |
| 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 |
| 87000040 | Coroa de acetato em dente permanente | Peça artificial confeccionada no laboratório de prótese dentária em material semelhante ao plástico para devolver o formato do dente permanente. | A |
| 87000059 | Coroa de aço em dente permanente | Peça artificial confeccionada no laboratório de prótese dentária em material metálico para devolver o formato do dente permanente. | B |
| 87000067 | Coroa de policarbonato em dente permanente | Peça artificial confeccionada no laboratório de prótese dentária em material plástico para devolver o formato do dente permanente. | B |
| 85400440 | Provisório para inlay/onlay | Um tipo de prótese: um bloco de resina cimentado na parte de cima dos dentes de trás (pré-molares e molares). | A |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PRÓTESE DO ROL (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 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 |
| 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 e é feito em várias sessões. | 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 |
| 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 85400246 | Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora) | Placa confeccionada em resina acrílica, usada nos casos em que o paciente range os dentes (bruxismo) e para relaxamento muscular nos casos de apertar os dentes. | A |
| 82001642 | Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – ATM | Tratamento para deslocamento da articulação temporomandibular – ATM. | A |
| 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 da fase aguda das disfunções de ATM (avaliação e orientações) | Tratamento da fase aguda das disfunções da ATM (dor, dificuldade de abertura da boca). | B |

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|---|------------------|
| 85100021 | Clareamento dentário caseiro (com diretriz de utilização) | 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 |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PRÓTESE DENTÁRIA

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|---|------------------|
| 85400360 | Prótese parcial fixa provisória | Dispositivo temporário que visa manter a função mastigatória entre as fases de um tratamento protético. Pode ser confeccionada em laboratório ou em consultório. O procedimento envolve atividades do dentista e de laboratório, podendo ser elaborado em mais de uma sessão e é fixado com material adesivo provisório (baixa durabilidade). | A |
| 85400181 | Faceta em cerâmica pura | Lâmina em cerâmica (porcelana) confeccionada em laboratório. Indicada para dentes com problemas de forma e cor com insucesso em outras tentativas de tratamentos mais conservadores. O procedimento envolve desgaste irreversível do dente, além das fases de moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400351 | Prótese parcial fixa in ceran livre de metal (metal free) | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos em porcelana sem metal, cimentados dentes sequenciais para devolver a função mastigatória. O procedimento envolve preparo dos dentes, além das fases moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400378 | Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semiprecisão | Prótese do tipo móvel, com encaixes de precisão ou de semi precisão, para reabilitar e devolver a função mastigatória na região sem dente, devido a perda por lesão de cárie ou remoção do dente. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão. | A |
| 85400165 | Coroa total metaloplástica – cerômero | Coroa que reabilita um dente, confeccionada em metal e cerômero por cima (material resinoso da cor do dente), 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. | A |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PRÓTESE DENTÁRIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 85400173 | Coroa total metaloplástica – resina acrílica | Coroa que reabilita um dente, confeccionada em metal e resina por cima (material da cor do dente), 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. | A |
| 85400580 | Jig ou front plato – órtese reposicionadora | Dispositivo usado, para reposicionar a mordida chamado jig ou front plato. | A |
| 21105 | Prótese parcial removível unilateral | Prótese do tipo móvel (ponte móvel unilateral), com ou sem grampos. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400386 | Prótese parcial removível com grampos bilateral | Prótese do tipo móvel (ponte móvel bilateral), com grampo de metal bilateral, como um alternativa de reabilitação bucal. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400394 | Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos | Prótese do tipo móvel (ponte móvel bilateral), com ou sem grampos, provisória até a conclusão da reabilitação bucal planejada. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400408 | Prótese total | Prótese do tipo móvel (dentadura) que substitui todos os dentes de uma arcada. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400416 | Prótese total imediata | Prótese do tipo móvel (Dentadura) temporária confeccionada, após a remoção de todos os dentes da boca (correta indicação) e será trocada por uma prótese total definitiva após a cicatrização da cirurgia. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feito em uma única sessão. | A |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PRÓTESE DENTÁRIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|---|--|------------------|
| 85400483 | Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório) | Reparo de prótese total (“dentadura”) ou parcial (“ponte” móvel) usando moldagem. O procedimento é realizado no consultório do dentista. Procedimento autorizado para próteses totais (“dentadura”) ou próteses parciais removíveis (“ponte” móvel) que necessitem melhorar a adaptação ao rebordo edêntulo. | A |
| 85400033 | Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório) | O procedimento consiste em pequenos reparos em próteses removíveis (Ponte Móvel), para devolução da sua função original. | A |
| 85400041 | Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório) | O procedimento consiste em pequenos reparos em próteses removíveis (Ponte Móvel), para devolução da sua função original. | A |
| 85400050 | Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório) | O procedimento consiste em pequenos reparos em próteses totais (dentadura), para devolução da sua função original. | A |
| 85400068 | Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório) | O procedimento consiste em pequenos reparos em próteses totais (dentadura), para devolução da sua função original. | A |
| 85400092 | Coroa total acrílica prensada | Coroa provisória para substituição da coroa perdida de um dente, confeccionada em acrílico prensado (da cor do dente), sobre a raiz do dente. O procedimento envolve atividades do dentista e de laboratório. | A |
| 85400106 | Coroa total em cerâmica pura | Coroa que reabilita um dente, confeccionada em cerâmica pura ou porcelana (da cor do dente), 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. | A |
| 41264 | Coroa total em cerômero – dentes posteriores | 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 pré-molares e molares). O procedimento envolve atividades do dentista e de laboratório, assim é feito em várias sessões. | A |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PRÓTESE DENTÁRIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|--|------------------|
| 85400157 | Coroa total metalocerâmica | Coroa que reabilita um dente, confeccionada em metal e cerâmica por cima (da cor do dente), 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. | A |
| 85400238 | Onlay de resina indireta | Restaurações confeccionadas em laboratório de Prótese ou equipamentos especiais no consultório e cimentadas pelo dentista. | A |
| 85400289 | Prótese fixa adesiva direta (provisória) | Procedimento realizado diretamente na boca para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos provisório em resina, que são colados um ao lado do outro, sobre remanescente de dentes ou núcleos, utilizados durante o tratamento até a cimentação do definitivo. | A |
| 85400297 | Prótese fixa adesiva em cerâmico livre de metal (metal free) | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos (indicado somente para dentes anteriores), por dentes sintéticos em metal e cerâmica, que são colados um ao lado do outro, sobre remanescente de dentes ou núcleos. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feita em uma única sessão. | A |
| 85400300 | Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos (indicado somente para dentes anteriores), por dentes sintéticos em metal e cerâmica, que são colados um ao lado do outro, sobre remanescente de dentes ou núcleos. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feita em uma única sessão. | A |
| 85400319 | Prótese fixa adesiva indireta em metaloplástica | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos (indicado somente para dentes anteriores), por dentes sintéticos em metal e cerâmica, que são colados um ao lado do outro, sobre remanescente de dentes ou núcleos. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e não é feita em uma única sessão. | A |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PRÓTESE DENTÁRIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 85400335 | Prótese parcial fixa em metalocerâmica | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos de metal e cerâmica, cimentados sobre remanescente de dente ou núcleo. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400343 | Prótese parcial fixa em metaloplástica | Procedimento realizado para a substituição de dois ou mais dentes perdidos, por dentes sintéticos de metal e resina, cimentados sobre remanescente de dente ou núcleo, para devolver a função mastigatória dos dentes ausentes. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400491 | Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório) | Reparo de prótese total (“dentadura”) ou parcial (“ponte” móvel) usando moldagem e resina. | A |
| 85400513 | Restauração em cerâmica pura – inlay | Bloco em cerâmica para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões procedimento não autorizado para dentes que apresentem extensa destruição coronária que contraindiquem preparos parciais. | A |
| 85400521 | Restauração em cerâmica pura – onlay | Bloco em cerâmica para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes posteriores. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400548 | Restauração em cerômero – inlay | Bloco em cerômero para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões procedimento não autorizado para dentes que apresentem extensa destruição coronária que contraindiquem preparos parciais. | A |

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA DPME E90-1**

PRÓTESE DENTÁRIA (continuação)

| CÓD. PROCED. | PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | COBERTURA |
|---------------------|--|---|------------------|
| 85400530 | Restauração em cerômero – onlay | Bloco em cerômero para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões procedimento não autorizado para dentes que apresentem extensa destruição coronária que contraindiquem preparos parciais. | A |
| 85100170 | Restauração em resina (indireta) – inlay | Bloco em resina feito direto na boca, para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85100188 | Restauração em resina (indireta) – onlay | Bloco em resina feito direto na boca, para reconstrução das regiões oclusais (aquelas que trituram os alimentos) dos dentes molares. O procedimento envolve moldagens e trabalho laboratorial e é feito em várias sessões. | A |
| 85400432 | Provisório para faceta | Lâmina provisória em resina cimentada na parte da frente do dente. | A |