

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	Conceitos	1
1	Dados Gerais do Contrato	4
	Qualificação da CONTRATADA e do CONTRATANTE	4
	Objeto do Contrato	4
	Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	4
	Tipo de Contratação	5
	Segmentação Assistencial do Plano	5
	Área Geográfica de Abrangência e Atuação do Plano	5
	Formação do Preço Contratado	5
	Serviços e Coberturas Adicionais	5
2	Atributos do Contrato	6
3	Condições de Admissão	6
4	Coberturas e Procedimentos Garantidos	8
5	Exclusões de Cobertura	9
6	Mecanismos de Regulação	10
7	Duração do Contrato	12
8	Carências	13
9	Atendimento de Urgência e Emergência	13
10	Formação do Preço e Mensalidade	14
11	Forma de Pagamento	16
12	Reajustes	17
13	Condições da Perda da Qualidade de BENEFICIÁRIO	18
14	Rescisão/Suspensão	19
15	Privacidade e Proteção de Dados Pessoais	21
16	Disposições Gerais	23
17	Do Foro	24

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

| Conceitos

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

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 o **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 – Dados Pessoais do CONTRATANTE: significa qualquer dado pessoal que pertença ao **CONTRATANTE**, que a **CONTRATADA** tenha recebido ou a que tenha tido acesso em conexão com o contrato;

7 – 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;

8 – 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);

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

9 – 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;

10 – Pré-pagamento: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado antes da utilização das coberturas contratadas;

11 – Pós-pagamento: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado após a realização das despesas com as coberturas contratadas;

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 odontológicos 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 – Regime Misto: modalidade de pagamento permitida para o plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico, que consiste na utilização dos regimes de pré e pós-pagamento, em conformidade com a Resolução Normativa nº 59/2003, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

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** para os procedimentos cobertos em regime de pré-pagamento, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

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 às 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 – 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 extra e intraoral e reimplante de dente avulsionado;

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

1 | Cláusula Primeira

DADOS GERAIS DO CONTRATO

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DO CONTRATANTE

1.1 – AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

1.2 – CONTRATANTE é a pessoa física identificada e qualificada nos dados constantes na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

1.2.1 – O CONTRATANTE é identificado também neste contrato como **BENEFICIÁRIO** Titular. Na Proposta Contratual, o **BENEFICIÁRIO** Titular indicará, expressamente, os **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, e todos em conjunto serão denominados **BENEFICIÁRIOS**.

II. OBJETO DO CONTRATO

1.3 – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos de despesas com procedimentos de assistência odontológica realizadas por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** exclusivamente na rede credenciada, 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 regulação.

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

1.4 – O plano odontológico indicado no Anexo Contratual – Dados do Produto – assegura a cobertura de custos e despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, ou por meio de reembolso, quando previsto no plano escolhido pelo **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da Proposta Comercial.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

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

I – Contrato Individual: é aquele que tem como único **BENEFICIÁRIO** o Titular;

II – Contrato Familiar: é aquele que tem, no mínimo, 3 (três) **BENEFICIÁRIOS**, sendo ao menos um Titular e dois Dependentes do mesmo grupo familiar, de acordo com o grau de parentesco descrito na cláusula Condições de Admissão.

1.5.1 – Caso qualquer das condições obrigatórias para a qualificação do contrato como Familiar deixe de estar presente, a qualquer tempo, o plano passará a ser considerado Individual, inclusive com relação à precificação.

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 em toda a rede credenciada dentro da Área Geográfica especificada para o plano, conforme indicado no Anexo Contratual – Dados do Produto.

1.7.1 – A **CONTRATADA** disponibilizará a rede credenciada do plano com todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), serviços e especialidades, aos quais o **BENEFICIÁRIO** terá acesso pelo site amil.com.br.

VII. FORMAÇÃO DO PREÇO CONTRATADO

1.8 – A formação do preço do plano se dará em regime misto e suas regras estão indicadas na Cláusula “Formação do 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 artigo 1º da Lei nº 9.656/98, e visa à assistência odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS**, de acordo com a rede credenciada e na abrangência geográfica do plano contratado, bem como com 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 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, e posteriores atualizações, além dos parâmetros estabelecidos pela RN 59/2003, para os planos odontológicos privados em regime misto de pagamento.

2.3 – 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 – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato o **BENEFICIÁRIO** Titular e as pessoas indicadas por ele na Proposta Contratual na qualidade de **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, respeitadas as regras de elegibilidade dispostas no item a seguir.

3.1.1 – Podem ser incluídos como **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, com relação ao titular:

- I – Esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante 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;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

III – Filhos inválidos do **BENEFICIÁRIO** Titular, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil;

IV – Pai, mãe, irmãos(ãs), avós, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), padrasto, madrasta e cunhado(a), genro e nora do **BENEFICIÁRIO** Titular.

3.2 – Em caso de inscrição – pelo **BENEFICIÁRIO** Titular – de filho(s) natural(is) nascido(s) ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos adotado(s) sob vigência deste contrato, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, desde que:

(i) os prazos de carência previstos neste instrumento já tenham sido cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** Titular;

(ii) a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o parto, a guarda provisória ou definitiva ou a sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o conseqüente acréscimo da contraprestação pecuniária.

3.2.1 – 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.

3.2.2 – A perda de quaisquer dos vínculos de dependência dispostos no item anterior confere à **CONTRATADA** o direito de excluir o **BENEFICIÁRIO** do plano.

3.3 – A pessoa menor de 18 (dezoito) anos poderá celebrar contrato na qualidade de **BENEFICIÁRIO** Titular, devendo, nesse caso, estar inscrita no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda e ser representada ou assistida na forma da legislação civil.

3.4 – O **BENEFICIÁRIO** Titular deverá preencher, por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS**, todos os dados incluídos no documento de confirmação de cadastro, apresentando os documentos indispensáveis à comprovação das informações prestadas, como carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento ou casamento e comprovante de residência.

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.

4 | Cláusula Quarta

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 – Este contrato contempla todas as coberturas e procedimentos previstos no art. 12, IV, da Lei nº 9.656/98, incluindo a cobertura dos exames clínicos de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológica, 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, sendo especificado, no Anexo de Coberturas, os procedimentos em regime de pré e pós-pagamento, de acordo com o que determina a RN 59/2003 e suas atualizações.

4.1.1 – A cobertura será realizada pela **CONTRATADA**, através de pagamento direto ao prestador de serviço, tanto para os procedimentos em pré-pagamento como pós-pagamento, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**.

4.1.2 – A rede credenciada a que se refere este contrato é composta pelos prestadores de serviços odontológicos, de radiologia e clínicas constantes da relação de profissionais cadastrados e disponibilizados pela **CONTRATADA**.

4.2 – A cobertura será assegurada a todos os procedimentos, em regime de pré e pós-pagamento, indicados no Anexo de Coberturas, independentemente do local de origem do evento, e se dará nos limites e de acordo com as características do plano contratado, observando-se, entre outros itens, 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 – Estão cobertos no regime de pré-pagamento, sem a utilização de mecanismos de regulação financeira, os procedimentos elencados no *caput* do artigo 2º da RN 59/2003 e os demais procedimentos listados para esse regime no Anexo de Cobertura.

4.3.1 – Para os procedimentos sujeitos ao regime de pós-pagamento contemplados na Tabela de Preços por Procedimentos, parte integrante deste contrato, será de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** o adimplemento da contraprestação pecuniária em favor da **CONTRATADA**, a ser quitada sempre que realizado(s) o(s) procedimento(s) e exame(s) listado(s), nos termos das coberturas contratadas, além do pagamento das contraprestações atinentes ao regime de pré-pagamento.

4.4 – Em nenhuma hipótese serão contemplados, pelo regime de pós-pagamento, os procedimentos previstos no *caput* do artigo 2º da RN 59/2003 e suas atualizações.

4.5 – Este contrato prevê a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessário 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 QUAISQUER HIPÓTESES, entre as quais as seguintes:

5.1.1 – Toda e qualquer despesa com internação hospitalar, exceto honorários do cirurgião-dentista e materiais odontológicos, oriunda da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório.

5.1.1.1 – Caracteriza-se como imperativo clínico a situação em que um procedimento da segmentação odontológica requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do **BENEFICIÁRIO**, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da 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 e assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.

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

5.1.2 – Enfermagem particular e assistência odontológica domiciliar.

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

5.1.4 – 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.

5.1.5 – Quaisquer atendimentos em caso de conflito, calamidade pública, comoção interna, guerra, revolução ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.

5.1.6 – 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

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

6.1 – A **CONTRATADA** disponibilizará a cada **BENEFICIÁRIO** incluído no plano um cartão digital de identificação, por meio de aplicativo para *smartphone*, que o habilitará ao uso dos serviços odontológicos, sempre acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

6.1.1 – O cartão de identificação poderá ser emitido por meio físico, mediante solicitação do **BENEFICIÁRIO**.

6.1.2 – 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 etc.).

MECANISMO DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA

6.2 – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento no presente contrato serão dirimidas por uma junta odontológica, nos termos da RN 424/17 da ANS e posteriores atualizações, constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados e de comum acordo entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**. Além disso:

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

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

6.4 – 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 desempatador serão pagos pela **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação vigente.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS E EXAMES

6.5 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar – ao estabelecimento ou ao 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). Quando se apresentar em clínica de radiologia, deverá apresentar, também, o pedido de exame realizado 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.).

6.6 – 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.

6.7 – 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 e a elucidação de dúvidas técnicas, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tal(is) consulta(s) será(ão) realizada(s) por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.

6.8 – Havendo indicação do dentista credenciado pela **CONTRATADA**, para realização de procedimento(s) coberto(s) pelo presente contrato, em regime de pós-pagamento, o orçamento será lançado pelo dentista em uma plataforma específica denominada “Amil do seu jeito”, no(s) valor(es) indicado(s) na Tabela de Preços por Procedimentos e suas posteriores alterações, também disponível na plataforma (www.amildoseujeito.com.br).

6.9 – O **BENEFICIÁRIO** poderá anuir ao orçamento no momento em que o dentista credenciado realizar o lançamento na plataforma ou optar por receber, via e-mail ou SMS, o *link* para aprovação.

6.10 – Aprovado o orçamento, o dentista credenciado pela **CONTRATADA** poderá agendar o início do tratamento.

6.11 – Para os procedimentos cobertos em regime de pós-pagamento, não haverá emissão de autorização prévia pela **CONTRATADA**.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA

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

7 | Cláusula Sétima

DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1 – O presente contrato terá o prazo mínimo de vigência inicial de 12 (doze) meses, contados a partir da data de confirmação do pagamento referente à contraprestação inicial, conforme disposto nas normas da ANS relacionadas à contratação eletrônica.

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

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

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

8 | Cláusula Oitava

CARÊNCIAS

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

8.2 – Os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão os prazos de carência determinados no Anexo Contratual – Carências, contados da data da contratação, em caso de **BENEFICIÁRIOS** Titulares, ou de sua inclusão no plano, em caso de **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, de acordo com a forma de pagamento vigente no momento da solicitação de inclusão e sempre em conformidade com as condições contratadas.

9 | Cláusula Nona

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros itens, 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.

9.2 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito ao ressarcimento tão somente 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**.

9.2.1 – 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.

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

9.2.3 – 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.

9.2.4 – 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.

9.2.5 – 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.

10 | Cláusula Décima

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 – O contrato possui formação do preço misto, o que inclui a modalidade de pré-pagamento e pós-pagamento.

10.1.1 – Pré-pagamento: quando o pagamento do valor da contraprestação pecuniária é efetuado antes da utilização das coberturas contratadas, de acordo com o valor estabelecido na Proposta Contratual, devendo ser pago todo mês, independentemente do seu uso.

10.1.2 – Pós-pagamento: quando o pagamento do valor da contraprestação pecuniária é efetuado após a realização das despesas com as coberturas contratadas. Os valores em regime de pós-pagamento obedecerão aos preços previstos na Tabela de Preços por Procedimento, parte integrante deste contrato, e suas atualizações.

10.2 – Entende-se como formação de preço misto aquela em que o **BENEFICIÁRIO** paga à **CONTRATADA**, além do valor referente à contraprestação pecuniária em regime de pré-pagamento, os valores relativos às despesas realizadas em regime de pós-pagamento, sendo estes devidos quando houver a utilização dos serviços nos termos das coberturas contratuais.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

10.3 – A contraprestação pecuniária, tanto no regime de pré-pagamento quanto no regime de pós-pagamento, será devida pelo **BENEFICIÁRIO** Titular em seu nome e em nome dos demais **BENEFICIÁRIOS** Dependentes inscritos no presente contrato.

10.4 – É obrigação do **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento.

10.4.1 – Os valores previstos para a contraprestação pecuniária em regime de pré-pagamento serão adimplidos mensalmente, independentemente da utilização das coberturas contratadas. Quando o vencimento ocorrer em feriado ou data em que não haja expediente bancário, considerar o primeiro dia útil subsequente às datas mencionadas. Fica reconhecido como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

10.4.2 – A contraprestação em regime de pós-pagamento obedecerá aos preços previstos na Tabela de Preços por Procedimentos, parte integrante deste contrato, sendo o valor devido mediante a realização do(s) procedimento(s), nos limites da cobertura contratada.

10.5 – Em caso de atraso pelo **CONTRATANTE** no pagamento das contraprestações pecuniárias referentes ao regime de pré-pagamento, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da sua atualização monetária 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 o **CONTRATANTE** por eventuais encargos e penalidades impostos à **CONTRATADA** pelo atraso no pagamento devido à rede credenciada.

10.5.1 – Caso o **BENEFICIÁRIO** que optou pela forma de pagamento por boleto bancário não receba o seu boleto ou instrumento de cobrança em até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar isso à **CONTRATADA** ou retirá-lo diretamente através do site amil.com.br.

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

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

10.7 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês, no regime de pré-pagamento, e de determinado procedimento, no regime de pós-pagamento, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

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

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

11 | Cláusula Décima Primeira

FORMA DE PAGAMENTO

11.1 – Caberá ao **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da Proposta Contratual, escolher a forma de pagamento das contraprestações pecuniárias para o regime de pré-pagamento entre as opções fornecidas pela **CONTRATADA**.

11.2 – Quando a opção de pagamento for cartão de crédito, o titular do cartão deverá ser o responsável financeiro ou titular do plano.

11.2.1 – Para o regime de pré-pagamento, na impossibilidade de cobrança pelo cartão de crédito indicado, a **CONTRATADA** emitirá boleto bancário para o **CONTRATANTE** com o valor devido, sendo mantida a forma de pagamento de cartão de crédito para as contraprestações pecuniárias subsequentes.

11.2.2 – 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 das contraprestações em regime de pré-pagamento.

11.3 – O **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.

11.3.1 – A alteração na modalidade de pagamento do regime de pré-pagamento será realizada pela **CONTRATADA** no faturamento seguinte à solicitação.

11.4 – O responsável financeiro ou titular do plano poderá optar por pagamento através de débito automático para as contraprestações preestabelecidas após o início da vigência do contrato.

12 | Cláusula Décima Segunda

REAJUSTES

Reajuste anual

12.1 – A contraprestação pecuniária em regime de pré-pagamento será reajustada anualmente, no aniversário do contrato ou na periodicidade determinada pela legislação vigente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** no contrato.

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

Reajuste da Tabela de Preço por Procedimentos sujeitos ao regime de pós-pagamento

12.3 – O reajuste da Tabela de Preços por Procedimentos dar-se-á de acordo com o seguinte critério: 50% (cinquenta por cento) do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado) apurado no período de 12 (doze) meses ou por qualquer outro índice oficial que venha a substituí-lo como índice de correção. Os reajustes ocorrerão a cada mês de agosto, independentemente da data de aniversário do contrato.

12.4 – A referida Tabela de Preços por Procedimentos será reajustada, independentemente do reajuste anual do contrato, de acordo com a variação estipulada.

12.5 – As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido e serão enviadas aos **BENEFICIÁRIOS** Titulares do contrato, cuja forma de envio a ser adotada será definida pela **CONTRATADA**.

13 | Cláusula Décima Terceira

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 – A solicitação de exclusão de **BENEFICIÁRIOS** poderá ser realizada: (i) presencialmente, na sede da **CONTRATADA**; (ii) por meio da Central de Atendimento; (iii) por meio do site da **CONTRATADA** (amil.com.br).

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

13.3 – Em caso de falecimento de **BENEFICIÁRIO** Titular, o pedido de exclusão deverá ser formalizado no prazo de 30 (trinta) dias contados do óbito, com o envio da respectiva certidão de óbito, observando-se, para todos os fins, as regras a seguir:

13.3.1 – Se o óbito for do **BENEFICIÁRIO** Titular e/ou responsável, o cônjuge do **BENEFICIÁRIO** Titular ou o **BENEFICIÁRIO** mais idoso passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o **CONTRATANTE** e, conseqüentemente, o **BENEFICIÁRIO** Titular;

13.3.2 – Se o óbito for de **BENEFICIÁRIO** Dependente, o envio de certidão de óbito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular no prazo indicado no item 14.3 servirá para efeitos de baixa cadastral e exclusão de **BENEFICIÁRIO**;

13.3.3 – Em ambos os casos, a apresentação da certidão de óbito é indispensável para que se proceda à alteração contratual e emissão de nova lâmina de pagamento, sob pena de, não o fazendo, responder o **CONTRATANTE** por todo o período em que o **BENEFICIÁRIO** permanecer indevidamente ativo no contrato;

13.3.4 – O direito à manutenção na qualidade de **BENEFICIÁRIO** não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da contraprestação pecuniária.

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

14 | Cláusula Décima Quarta

RESCISÃO/SUSPENSÃO

I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

14.1 – Se o **CONTRATANTE** atrasar o pagamento da contraprestação referente ao regime de pré-pagamento, por período superior a 60 (sessenta) dias, suspender-se-á, para todos os **BENEFICIÁRIOS**, a prestação de serviços e demais benefícios contratuais.

II. RESCISÃO

14.2 – O presente contrato poderá ser extinto:

14.2.1 – Imotivadamente, por iniciativa do **CONTRATANTE**, após vencido o prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses.

14.2.1.1 – O pedido de rescisão do contrato ou de exclusão de **BENEFICIÁRIO** Dependente poderá ser apresentado pelo **CONTRATANTE** pelos seguintes canais:

- (i) presencialmente, na sede da **CONTRATADA**, ou em seus escritórios regionais;
- (ii) por meio de atendimento telefônico (SAC);
- (iii) por meio do sítio eletrônico (amil.com.br).

14.2.2 – Unilateralmente, pela **CONTRATADA**, em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias referentes ao regime de pré-pagamento, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência.

14.2.2.1 – O exercício do direito da rescisão previsto no item anterior encontra-se condicionado à notificação do **CONTRATANTE** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

14.2.2.2 – A **CONTRATADA** poderá fazer uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

14.2.3 – Unilateralmente, pela **CONTRATADA**, nas hipóteses de fraude, mediante procedimento administrativo específico, bem como de qualquer omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo **CONTRATANTE** na Proposta Contratual, para auferir vantagens próprias, para si ou para os **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

14.2.3.1 – 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.

14.2.4 – Além das hipóteses anteriores, o **BENEFICIÁRIO** Dependente poderá ser excluído do contrato pela **CONTRATADA** a qualquer tempo no caso de perda dos vínculos de dependência entre **BENEFICIÁRIO** Titular e **BENEFICIÁRIO** Dependente.

14.3 – Caso o **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato antes de transcorrido o prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses, ficará sujeito ao pagamento à **CONTRATADA** de multa rescisória correspondente a 20% (vinte por cento) das contraprestações vincendas até que se complete o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, incluídos os valores relativos à coparticipação, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, à Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito, a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso ao **CONTRATANTE**.

14.3.1 – Na hipótese do item anterior, o valor da multa será obtido aplicando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{[(\text{Valor anual do contrato}/12) \times \text{Quantidade de meses remanescentes para completar o período de vigência}] \times 20\%}{1}$$

14.3.2 – Caso a forma de pagamento da contraprestação pecuniária escolhida pelo **CONTRATANTE** tenha sido cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do contrato, a **CONTRATADA**:

- (i) providenciará o cancelamento dessas parcelas futuras junto à administradora do cartão;
- (ii) enviará à administradora do cartão o valor relativo a eventual multa, a qual deverá ser paga em uma única parcela pelo **BENEFICIÁRIO**.

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

- a) Para os contratos com pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do contrato, a **CONTRATADA** providenciará o cancelamento dessas parcelas futuras junto à administradora do cartão e cobrará o valor relativo à multa contratual, que deverá ser paga em uma única parcela pelo **CONTRATANTE** em fatura do cartão de crédito ou via boleto, caso essa seja a forma de pagamento vigente no sistema da **CONTRATADA** ou, ainda, caso haja a impossibilidade na cobrança via cartão de crédito;
- b) Para os contratos com pagamento à vista ou parcelado, nos quais o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário, a **CONTRATADA** providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente, descontada eventual multa contratual, em fatura do cartão de crédito, conta-corrente ou poupança do **CONTRATANTE**.

15 | Cláusula Décima Quinta

PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

15.1 – Toda atividade de tratamento de Dados Pessoais do **CONTRATANTE** que seja realizada pela **CONTRATADA** em conexão com este contrato seguirá os termos previstos pela Legislação de Proteção de Dados aplicável, incluindo, sem limitações, todas as provisões relativas a confidencialidade, remediação, retenção e registros de tratamento de dados.

15.2 – A **CONTRATADA** manterá a confidencialidade dos Dados Pessoais do **CONTRATANTE** relacionados a este contrato, ressalvadas as obrigações legais e regulatórias que regem sua atividade.

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

15.4 – A CONTRATADA irá:

15.4.1 – Cumprir as disposições legais, propósitos de tratamento de dados pessoais e respeitar os direitos dos Titulares de Dados, conforme descrito no Comunicado de Privacidade, disponibilizado ao **CONTRATANTE**;

15.4.2 – Garantir que seu pessoal, agentes e subcontratados que tiverem acesso a Dados Pessoais do **CONTRATANTE** estejam sujeitos a obrigações de manter a confidencialidade sobre tais dados e a obrigação de não divulgá-los a qualquer outra pessoa, física ou jurídica, salvo nas hipóteses previstas nesta cláusula ou em cumprimento de obrigação legal ou regulatória;

15.4.3 – Garantir que mantém e que seus funcionários, agentes e contratados mantenham a confidencialidade de todos os dados, informações ou *know-how* relacionados ao **CONTRATANTE**, aos quais tenham tido acesso como resultado da execução do contrato, excluídos dessa obrigação os dados em domínio público ou divulgados à **CONTRATADA** sem violação de nenhuma obrigação de confidencialidade;

15.4.4 – Ser integralmente responsável por todos os atos e omissões de seus empregados, agentes e subcontratados, do mesmo modo que em relação a seus próprios atos e omissões;

15.4.5 – Implementar e manter 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 sejam adequadas a prevenir Violação de Dados Pessoais;

15.4.6 – Informar ao **CONTRATANTE** qualquer mudança nas políticas, nos comunicados ou nos procedimentos relativos à proteção de dados pessoais.

15.5 – Esta cláusula permanecerá em vigor enquanto a **CONTRATADA** tratar Dados Pessoais do **CONTRATANTE** em conexão com o contrato, salvo pelas previsões que, por sua natureza, devam sobreviver à extinção do contrato.

16 | Cláusula Décima Sexta

DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 – O credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviço é de faculdade exclusiva da **CONTRATADA**, que poderá fazer uso dela com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento a seus **BENEFICIÁRIOS**. Em caso de descredenciamento, a **CONTRATADA** providenciará uma alternativa para a continuidade do tratamento.

16.2 – **DOCUMENTAÇÃO**: fazem parte do presente contrato: (i) seus anexos e regulamentos; (ii) Proposta Contratual; (iii) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); (iv) o Guia de Leitura Contratual (GLC), documentos previamente entregues pela **CONTRATADA** ao **CONTRATANTE**.

16.2.1 – O Rol de Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site amil.com.br.

16.2.2 – É responsabilidade da **CONTRATADA**: (i) entregar ao **BENEFICIÁRIO** Titular, previamente à contratação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que será disponibilizado através de mídia digital; (ii) enviar ao **BENEFICIÁRIO** Titular o Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o **cartão de identificação**.

16.3 – **MEDIAÇÃO**: o **CONTRATANTE** tem ciência quanto a sua obrigação de entrar em contato prévio com a **CONTRATADA**, por intermédio de um 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.

16.4 – **LIBERALIDADE DA CONTRATADA**: a autorização, por parte da **CONTRATADA**, para a cobertura de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere ao **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

16.5 – **TOLERÂNCIA**: a tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir do **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.

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

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

16.8 – 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 médica prestada aos **BENEFICIÁRIOS** é responsabilidade da **CONTRATADA**, que as enviará por intermédio do Coordenador Médico 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.

16.9 – DECLARAÇÕES: o **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 de perdas e danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento desta obrigação.

17 | Cláusula Décima Sétima

DO FORO

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

| Anexo 1

DADOS DO PRODUTO

Em resumo, estes são os dados do produto contratado:

Amil Dental do Seu Jeito – PU18 RJ – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica, grupo de municípios, sem coparticipação, sem previsão de reembolso. Registrado na ANS sob o nº 494903230.

Área Geográfica de Abrangência:

Grupo de Municípios

Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Niterói, São Gonçalo.

| Anexo 2

CARÊNCIAS

Para este produto, não haverá aplicação de carências.

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

Anexo 3

TABELA PRÉ-PAGAMENTO

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
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.	-
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.	-
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.	-
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.	-
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.	-

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
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.	-
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	Recolocação de um dente que por motivo de trauma foi expelido do alvéolo (local que raiz do dente fica).	-
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCOMACILOFACIAL	Utilização de pontos ou outros materiais para junção de tecidos que passaram por incisões (cortes), internos ou externos a cavidade bucal.	-
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	Tratamento da inflamação do alvéolo (local onde a raiz do dente ficava antes de ser removido).	-
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	Procedimento para colar um pedaço do dente quebrado.	-
85200034	PULPECTOMIA	O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.	-
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	Colagem de coroas ou próteses fixas que caíram, utilizando um material adesivo e provisório (baixa durabilidade).	-
85000787	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	Técnica utilizada para fixação de dentes de leite (em geral, após queda ou trauma nos dentes de leite).	-

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

RADIOLOGIA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING	Radiografia feito dentro da boca, para a investigação de cárie e restauração entre os dentes.	-
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	Raio X feito da coroa e raiz do dente para avaliação completa do dente. Exame feito no consultório do dentista.	-

PERIODONTIA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	Técnica utilizada para fixação de dentes permanentes (em geral, após queda ou trauma).	-

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
00014362	PREVENÇÃO MÓDULO 1 (LIMPEZA DENTÁRIA/ RASPAGEM)	O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.	-
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	Aplicação de flúor no dente que auxilia na prevenção da cárie.	-
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	Orientações sobre a higiene e saúde bucal.	-

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	Orientações de higiene para realizar a remoção de placa bacteriana da cavidade bucal.	-
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.	-

DENTÍSTICA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
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.	-

CONSULTA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	Consulta inicial, realizada pelo dentista para a avaliação e planejamento do tratamento odontológico.	-

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

| Anexo 4

TABELA DE PREÇOS POR PROCEDIMENTOS – REGIME DE PÓS-PAGAMENTO

CIRURGIA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
82000034	ALVEOLOPLASTIA	Remoção cirúrgica de irregularidades na região óssea logo após a extração de um dente.	R\$ 501,45
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.	R\$ 424,10
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.	R\$ 424,10
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.	R\$ 424,10
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.	R\$ 424,10
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.	R\$ 424,10
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.	R\$ 424,10

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
82000298	BRIDECTOMIA	Remoção total das bridas (estruturas fibrosas que temos na boca) e que podem dificultar a adaptação de alguns tipos de prótese.	R\$ 338,55
82000301	BRIDOTOMIA	Corte para alívio das bridas (estruturas fibrosas que temos na boca) e que podem dificultar a adaptação de alguns tipos de prótese.	R\$ 300,96
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	Procedimento cirúrgico, para a diminuição e/ou remoção de protuberância do osso na maxila (arcada superior).	R\$ 556,99
82000360	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR BILATERAL	Procedimento cirúrgico, para a diminuição e/ou remoção de protuberância do osso na mandíbula (arcada inferior).	R\$ 556,99
82000387	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR UNILATERAL	Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância do osso, em um dos lados da mandíbula.	R\$ 337,35
82000395	CIRURGIA PARA TÓRUS PALATINO	Procedimento cirúrgico, para a diminuição ou remoção de protuberância óssea, no palato (céu da boca).	R\$ 337,35
82000557	CUNHA PROXIMAL	Procedimento cirúrgico para remoção de tecido ósseo ou gengival para facilitar a execução de outro procedimento na mesma região.	R\$ 337,35
82000778	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	Procedimento cirúrgico, para retirar uma parte ou a totalmente o cálculo salivar.	R\$ 485,94
82000786	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	Procedimento cirúrgico, para remoção total ou parcial de cistos odontológicos.	R\$ 485,94

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
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).	R\$ 485,94
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)	R\$ 485,94
82000816	EXODONTIA A RETALHO	Técnica cirurgica para remoção de dente com um corte maior (facilitação do acesso cirúrgico).	R\$ 279,58
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRA NUMERÁRIO	Remoção de dente inclusos, impactados (dentro do osso) e supranumerários (dentes extras).	R\$ 509,28
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	Remoção de dente permanente após finalização do planejamento ortodôntico e/ou protético.	R\$ 279,58
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	Procedimento cirúrgico para remover, raiz residual do dente.	R\$ 279,58
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/IMPACTADO SUPRA NUMERÁRIO	Remoção de dente semi-inclusos/ impactados/supranumerário (dentes extras).	R\$ 361,45
82001294	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS	Remoção de dente semi-incluso e impactado (com osso em cima do dente).	R\$ 509,28
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	Remoção de dente permanente.	R\$ 279,58
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	Procedimento cirúrgico que consiste na remoção do tecido fibroso (freio) do lábio.	R\$ 338,55
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	Procedimento cirúrgico que consiste na remoção do tecido fibroso (freio) da língua.	R\$ 501,45

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	Procedimento cirúrgico que consiste na remover parcial ou reposicionamento do tecido fibroso (freio) do lábio.	R\$ 419,37
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	Procedimento cirúrgico que consiste na remover parcial ou reposicionamento do tecido fibroso (freio) da língua.	R\$ 419,37
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	Procedimento cirúrgico para investigar, removendo uma amostra de células do tecido, lesão ou massa por aspiração.	R\$ 165,42
82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	Cirurgia para reposicionar os fragmentos após uma fratura da região onde está a raiz do dente.	R\$ 406,63
82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	Cirurgia para reposicionar os fragmentos após uma fratura da região onde está a raiz do dente.	R\$ 246,63
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	Procedimento cirúrgico realizado para remover dentes com indicação, que se encontram dentro da gengiva e ou osso.	R\$ 509,28
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	Cirurgia para remoção da lesão que está relacionada a um dente (odontoma).	R\$ 509,28
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.	R\$ 722,89
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	Cirurgia nos casos de tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial.	R\$ 338,55

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	Cirurgia nos casos de tumores odontogênicos benignos sem reconstrução.	R\$ 542,17
82001685	TUNELIZAÇÃO	Técnica cirúrgica para facilitar a higiene nos dentes que passaram por tratamento gengival com o reposicionamento ósseo e/ou gengival.	R\$ 343,08
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).	R\$ 143,37
82001715	ULOTOMIA	Cirurgia para remover parte gengiva que está em cima do dente, para permitir que o dente saia de dentro da gengiva. (erupção).	R\$ 115,30
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	Remoção de dente de leite.	R\$ 134,34

CONSULTA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
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.	R\$ 106,27
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.	R\$ 106,27

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

DENTÍSTICA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	Ajuste e/ou estabilização da mordida com desgastes nos dentes e/ou restaurações existentes.	R\$ 134,80
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	Confecção direta no dente do paciente de uma lâmina feita em resina, na frente de dentes anteriores sem o uso de recursos de laboratório de prótese.	R\$ 380,00
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.	R\$ 337,35
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.	R\$ 137,35
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.	R\$ 168,43
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.	R\$ 288,92
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.	R\$ 288,92

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

DENTÍSTICA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
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.	R\$ 166,00
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.	R\$ 218,00
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.	R\$ 270,00
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.	R\$ 301,20
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).	R\$ 145,20
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).	R\$ 203,01
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).	R\$ 240,60
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).	R\$ 281,20

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

DIAGNÓSTICO

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
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.	R\$ 206,02
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.	R\$ 206,02
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.	R\$ 401,81
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.	R\$ 206,02
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.	R\$ 206,02

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

ENDODONTIA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	Remoção da estrutura metálica (pino) de dentro do canal.	R\$ 230,50
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.	R\$ 1.115,00
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.	R\$ 1.416,86
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.	R\$ 868,48
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	Tratamento de perfuração no canal (perfuração do assoalho do dente <=> fato inesperado durante um tratamento de canal).	R\$ 233,00
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.	R\$ 984,00

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

ENDODONTIA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	Tratamento realizado no canal do dente de leite (duas raízes), com remoção da polpa (nervo), desinfecção do canal.	R\$ 300,00
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.	R\$ 1.018,00
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.	R\$ 600,00
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).	R\$ 173,50

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	Coroa confeccionada em laboratório (prótese dentária) ou em consultório – dentes de leite	R\$ 343,37
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAR E FISSURAS	Aplicação de uma substância no sulcos dos dentes que pode prevenir o surgimento de cárie.	R\$ 226,33
84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	Aplicação de verniz com flúor no dente que auxiliam na prevenção da cárie.	R\$ 225,90

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
00014373	PERIODONTIA MÓDULO 2 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM)	O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.	R\$ 400,00
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	Procedimento que utiliza agentes químicos para minimizar e tratar a sensibilidade do dente.	R\$ 50,00
85100269	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA	Procedimento que utiliza agentes químicos para minimizar e tratar a sensibilidade do dente ao calor ou frio.	R\$ 50,00
84000201	REMINERALIZAÇÃO	Procedimento para devolverão dente minerais perdidos, está relacionado a sensibilidade dentária.	R\$ 50,00

PERIODONTIA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
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.	R\$ 333,50
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).	R\$ 333,50
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	Procedimento cirúrgico para enxerto de tecido em local necessário, utilizando tecidos do próprio paciente.	R\$ 434,27

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

PERIODONTIA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
82000689	ENXERTO PEDICULADO	Procedimento cirúrgico para enxerto de tecido em local necessário, utilizando tecidos do próprio paciente.	R\$ 434,27
82000921	GENGIVECTOMIA	Procedimento cirúrgico, para a remoção de excesso de tecido gengival.	R\$ 386,50
00014397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	Procedimento cirúrgico, para a remoção de excesso de tecido gengival (em um dente específico).	R\$ 386,50
82000948	GENGIVOPLASTIA	Procedimento cirúrgico com finalidade estética, que consiste remoção cirúrgica gengival (tecido de contorno dos dentes).	R\$ 232,00
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	Tratamento para infecção bucal (dente e/ou gengiva e tecidos de suporte).	R\$ 333,50
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA	Tratamento de inflamação/infecção aguda generalizada na cavidade bucal.	R\$ 333,50
00014385	PERIODONTIA MÓDULO 3 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM PROFUNDA)	O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.	R\$ 800,00

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

PRÓTESE ROL

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
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.	R\$ 279,58
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.	R\$ 279,58
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.	R\$ 781,93
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.	R\$ 719,28
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.	R\$ 337,35

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA – DPUPF

PRÓTESE ROL (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
85400262	PINO PRÉ FABRICADO	Pino colocado na raiz dos dentes após a realização do tratamento de canal para dar sustentação e suporte para coroas.	R\$ 176,51
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	Procedimento para o preparo da raiz após a realização do tratamento de canal para acomodar e colocar do pino.	R\$ 114,00
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	Remoção de coroas, próteses fixas, para avaliação e confecção de uma nova.	R\$ 134,34
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.	R\$ 542,17

RADIOLOGIA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) <small>*DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023</small>
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.	R\$ 57,23
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)	Radiografia extrabucal que mostra uma visão geral dos dentes e estruturas de suporte.	R\$ 86,42
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	Realização de radiografias periapicais, para auxiliar na avaliação, diagnóstico e planejamento odontológico.	R\$ 221,60

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA – DPUPF**

RADIOLOGIA (continuação)

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
00012164	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	Radiografia intrabucal, para a investigação de cárie e restauração entre os dentes o. Exame feito em clínica radiológica.	R\$ 22,16
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.	R\$ 86,42
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)	Radiografia extrabucal que mostra uma visão geral dos dentes e estruturas de suporte.	R\$ 86,42
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	R\$ 22,16

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO (EM REAL – R\$) *DATA DE VIGÊNCIA 01/05/2023
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	Procedimento da retirada de parte da polpa (nervo) do dente de leite.	R\$ 263,86