

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DPF205-2

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	Conceitos	1
1	Dados Gerais do Contrato	4
	Qualificação da <b>CONTRATADA</b> e do <b>CONTRATANTE</b>	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 de 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	Acesso à Livre Escolha de Prestadores	12
8	Duração do Contrato	15
9	Carências	16
10	Atendimento de Urgência e Emergência	17
11	Formação de Preço e Mensalidade	18
12	Forma de Pagamento	19
13	Reajuste	20
14	Condições da Perda da Qualidade de <b>BENEFICIÁRIO</b>	21
15	Rescisão/Suspensão	22
16	Privacidade e Proteção de Dados Pessoais	24
17	Disposições Gerais	26
18	Do Foro	27
	Anexo de Cobertura	28

## | 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 – 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 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;
- 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 FÍSICA DPF205-2

**9 – Franquia:** mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de reembolso, nem 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 função 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 – 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 FÍSICA DPF205-2

**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](http://www.ans.gov.br);

**17 – Tabela Amil de Reembolso:** tabela que contém a relação dos procedimentos odontológicos que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas odontológicas 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 encontra-se 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 extra e intraoral e reimplante de dente avulsionado;

**19 – 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 ou por 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 regulação.

**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 pelo **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da Proposta Comercial.

**Dental 205 Nac R PF – segmentação assistencial odontológica**, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação, com previsão de reembolso, registrado na ANS sob o nº 492080225.

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DPF205-2

## 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 abaixo.

1.7.1 – A abrangência geográfica do plano é Nacional.

1.7.2 – A **CONTRATADA** disponibilizará a rede credenciada do plano com todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), serviços e especialidades, aos quais o **BENEFICIÁRIO** poderá ter acesso pelo site [amil.com.br](http://amil.com.br).

## VII. FORMAÇÃO DE PREÇO CONTRATADO

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 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. 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 DPF205-2

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, madrastra, cunhado(a), genro e nora.

3.2 – Em caso de inscrição, pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, de cônjuge ou companheiro(a) em razão de casamento ou união estável contraídos após a vigência do presente Contrato, assim como de filho(s) natural(is) nascido(s) ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos adotados 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 casamento ou constituição de união estável, o parto, a guarda provisória ou definitiva ou a sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o consequente 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 qualquer 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.

**4.1.1** – A cobertura será realizada pela **CONTRATADA**, através de pagamento direto ao prestador de serviço, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**.

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

5 | Cláusula Quinta

**EXCLUSÕES DE COBERTURA**

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

**5.1.1** – Todo e 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** – Caracteriza-se o imperativo clínico por ato que se impõe em função 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 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** – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na cláusula Reembolso de Despesas.

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

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

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

5.1.8 – Lentes de contato dental.

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

5.1.10 – Prótese de metalocerâmica, porcelana e cerâmica pura.

5.1.11 – Prótese parcial fixa.

## 6 | Cláusula Sexta

### MECANISMOS DE REGULAÇÃO

6.1 – A **CONTRATADA** disponibilizará a cada **BENEFICIÁRIO** incluído no plano um cartão de identificação, 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 digital.

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

6.1.3 – 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 constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **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**.

6.3 – 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 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 desempataador 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 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, 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

6.8 – 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

### ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

7.1 – Para os atendimentos dos procedimentos odontológicos cobertos por esse Contrato, os **BENEFICIÁRIOS** poderão fazer uso da rede credenciada do Plano escolhido ou buscar atendimento junto a prestadores de serviços odontológicos 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.

7.1.1 – 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 qualquer pedido de reembolso.

7.1.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento junto a um prestador de serviços odontológicos não pertencente à rede credenciada, esses serviços serão pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar o reembolso de referidas despesas junto à **CONTRATADA** via central de atendimento, aplicativo ou pelo site amil.com.br.

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

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

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA DPF205-2

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

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

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

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

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

**7.2.4** – 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 (básicos e especiais) será de R\$ 5,80 (cinco reais e oitenta centavos) e está disponível para consulta no site [amil.com.br](http://amil.com.br), na “área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**;
- (ii) O valor da USO poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.

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

**7.4** – 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;

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

## PESSOA FÍSICA DPF205-2

- (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 for necessária a avaliação técnica do procedimento realizado).

**7.4.1** – 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.

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

**7.5** – 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.

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

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

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

**7.6.1** – 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.

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

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

## 8 | Cláusula Oitava

### DURAÇÃO DO CONTRATO

8.1 – 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 a contratação eletrônica.

8.1.1 – 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.

8.1.2 – A data prevista para o início da vigência do Contrato poderá ser adiada em razão de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessários para a complementação dos dados cadastrais.

8.2 – 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.

8.2.1 – 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 que versa sobre “Forma de Pagamento”.

9 | Cláusula Nona

**CARÊNCIAS**

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

9.2 – Os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão os seguintes prazos de carência, contados 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:

Grupo de Procedimentos	Cartão de Crédito Mensal ou Boleto Mensal	Cartão de Crédito Anual ou Boleto Anual
Urgência/Emergência	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Consulta	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Radiologia	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Odontologia Preventiva	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Diagnóstico	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Cirurgia	90 (noventa) dias	24 (vinte e quatro) horas
Dentística	90 (noventa) dias	24 (vinte e quatro) horas
Periodontia	120 (cento e vinte) dias	24 (vinte e quatro) horas
Endodontia	120 (cento e vinte) dias	24 (vinte e quatro) horas
Prótese do Rol	180 (cento e oitenta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial	180 (cento e oitenta) dias	24 (vinte e quatro) horas

10 | Cláusula Décima

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**10.1** – 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.

**10.2** – 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**.

**10.2.1** – 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.

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

**10.2.3** – 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.

**10.2.4** – 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.

**10.2.5** – 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.

## 11 | Cláusula Décima Primeira

### FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

**11.2** – Será concedido um desconto no valor da mensalidade caso, no momento da contratação, sejam incluídos, no mínimo, 2 (dois) Beneficiários Dependentes, totalizando, assim, um número mínimo de 3 (três) vidas, entre Beneficiários Titulares e Dependentes.

**11.2.1** – Perderá imediatamente o direito ao desconto o **BENEFICIÁRIO** Titular que, ao requerer a exclusão de **BENEFICIÁRIOS** Dependentes nos termos da cláusula contratual específica, não mantiver vinculado ao referido contrato o número mínimo de 2 (dois) Beneficiários Dependentes.

### PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

**11.3** – A contraprestação pecuniária será devida pelo **BENEFICIÁRIO** Titular em seu nome e em nome dos demais **BENEFICIÁRIOS** Dependentes inscritos no presente Contrato. O valor da contraprestação, na data da contratação, será aquele indicado no documento de confirmação de cadastro.

**11.4** – 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, sendo independente da utilização dos serviços oferecidos sob este Contrato.

**11.5** – Os pagamentos deverão ser feitos mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de vencimento constante do documento de confirmação de cadastro ou do boleto bancário referente à primeira mensalidade ou ainda no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

**11.5.1** – Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pelo **CONTRATANTE**, 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.

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

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

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

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

**11.8** – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se o **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 do **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes mantidos por instituições de proteção ao crédito.

## 12 | Cláusula Décima Segunda

### FORMA DE PAGAMENTO

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

**12.2** – Na hipótese de o **BENEFICIÁRIO** optar, no momento da contratação, pela antecipação do pagamento das 12 (doze) primeiras mensalidades – boleto anual ou cartão de crédito anual – fará jus à redução de carência nos termos da cláusula própria - “Carências”, sendo certo que, a partir da 13° (décima terceira) contraprestação pecuniária, a cobrança seguirá por boleto mensal.

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

**12.3.1** – 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.

**12.3.2** – 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.

**12.4** – 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.

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

**12.5** – O responsável financeiro ou titular do plano poderá optar por pagamento através de débito automático após o início da vigência do Contrato.

## 13 | Cláusula Décima Terceira

### REAJUSTE

#### Reajuste anual

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

**13.2** – 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.

14 | Cláusula Décima Quarta

**CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**14.1** – A solicitação 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).

**14.2** – 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.

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

**14.3.1** – 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;

**14.3.2** – 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**;

**14.3.3** – 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;

**14.3.4** – 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.

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

15 | Cláusula Décima Quinta

**RESCISÃO/SUSPENSÃO**

**I. SUSPENSÃO DO CONTRATO**

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

**II. RESCISÃO**

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

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

**15.2.1.1** – O pedido de rescisão do Contrato ou de exclusão de **BENEFICIÁRIO** Dependente poderá ser apresentado ao **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).

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

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

**15.2.2.2** – 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.

**15.2.3** – 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.

**15.2.3.1** – 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.

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

**15.3** – 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, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso ao **CONTRATANTE**.

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

$$\text{[(Valor anual do Contrato/12) x Quantidade de meses remanescentes para completar o período de vigência] x 20\%}.$$

**15.3.2** – 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**.

**15.3.3** – 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**.

**15.4** – O pedido de rescisão do Contrato ou exclusão (cancelamento) de **BENEFICIÁRIO** poderá ser realizado pelos seguintes canais:

- a) Presencialmente, na sede da **CONTRATADA** ou em seus escritórios regionais;
- b) Por meio da central de atendimento;
- c) Por meio do sítio eletrônico ([amil.com.br](http://amil.com.br)).

## 16 | Cláusula Décima Sexta

### **PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

**16.1** – 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.

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

**16.3** – 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.

**16.4** – A **CONTRATADA** irá:

**16.4.1** – 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**;

**16.4.2** – 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;

**16.4.3** – 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;

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

**16.4.5** – 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 ou superem padrões e boas práticas industriais e que sejam adequadas a prevenir Violação de Dados Pessoais;

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

**16.5** – 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.

17 | Cláusula Décima Sétima

**DISPOSIÇÕES GERAIS**

**17.1** – 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.

**17.2** – **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); e (iv) o Guia de Leitura Contratual (GLC), documentos entregues pela **CONTRATADA** ao **CONTRATANTE**.

**17.2.1** – 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](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site [amil.com.br](http://amil.com.br).

**17.2.2** – 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; e (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.

**17.3** – **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.

**17.4** – **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**.

**17.5 – 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.

**17.6 – 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.

**17.7 – 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.

**17.8 – 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.

**17.9 – 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.

## 18 | Cláusula Décima Oitava

### DO FORO

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

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DPF205-2

## Anexo de Cobertura

Neste documento, são apresentados as COBERTURAS E OS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS no Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica Pessoa Física DPF205-2.

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”.

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

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

### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)**

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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	B
85200034	PULPECTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA COMPLETA DA POLPA (NERVO) DO DENTE PERMANENTE	B
85200042	PULPOTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE	B
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE DE LEITE	B
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	COLAGEM DE COROAS OU PRÓTESES FIXAS QUE CAÍRAM, UTILIZANDO-SE UM MATERIAL ADESIVO E PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE)	B
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	RECOLOCAÇÃO DE UM DENTE QUE, POR MOTIVO DE TRAUMA, FOI EXPELIDO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE FICA A RAIZ DO DENTE)	B
82001308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA FORA DA BOCA	B
82001316	REMOÇÃO DE DRENO INTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA DENTRO DA BOCA	B
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	UTILIZAÇÃO DE PONTOS OU OUTROS MATERIAIS PARA JUNÇÃO DE TECIDOS QUE PASSARAM POR INCISÕES (CORTES) INTERNAS OU EXTERNAS À CAVIDADE BUCAL	B
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	TRATAMENTO DA INFLAMAÇÃO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE A RAIZ DO DENTE FICAVA ANTES DE SER REMOVIDO)	B
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO E/OU INFECÇÃO DE GENGIVA E TECIDO ÓSSEO DE UM DENTE	B
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	REPARO DA COROA PROVISÓRIA USANDO-SE RESINA ACRÍLICA. O PROCEDIMENTO É REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**CONSULTA**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA	CONSULTAS PARA ACOMPANHAMENTO E EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO/CIRURGIAS. O DENTISTA PODE PEDIR EXAMES/AVALIAR CICATRIZAÇÃO	B
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS	B
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS	B
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	B
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	B
82000700	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA APÓS ORIENTAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	B
00011413	CONSULTA EM AMBIENTE HOSPITALAR	CONSULTA E/OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA	A
81000073	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	N/A	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**CONSULTA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
00044446	DESLOCAMENTO PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR	DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA	A
87000148	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAS 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

**RADIOLOGIA**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS, PARA AUXILIAR NA AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ODONTOLÓGICO	B
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING	RADIOGRAFIA FEITA DENTRO DA BOCA, PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES	B
00012164	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES. EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	B
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	RAIO-X QUE É FEITO DENTRO DA BOCA, PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA	B
00012176	RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NA CLÍNICA DE RADIOLOGIA	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**RADIOLOGIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA UMA VISÃO GERAL DOS DENTES E ESTRUTURAS DE SUPORTE	B
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA	B
00012152	RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NA CLÍNICA RADIOLÓGICA	B
00012103	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO	A
81000324	RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS; NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO	A
81000340	RADIOGRAFIA DA ATM	RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO QUE FAZ A ABERTURA E FECHAMENTO DA BOCA, UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO DA ARTICULAÇÃO NAS POSIÇÕES BOCA ABERTA (MÁXIMA ABERTURA), REPOUSO E BOCA FECHADA (EM OCLUSÃO). EXAME REALIZADO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	A
00032084	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA	N/A	A
81000561	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA	RADIOGRAFIA PARA INVESTIGAR A PRESENÇA DE LESÃO OU FRATURA NA REGIÃO DA PARTE DE BAIXO DA BOCA, NO CORPO DA MANDÍBULA	A
81000430	RADIOGRAFIA POSTEROANTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS; NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**RADIOLOGIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
81000472	TELERRADIOGRAFIA	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO	A
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO, COM ESTUDO DE TRAÇADOS	A
00012389	TELERRADIOGRAFIA FRONTAL	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE LADO	A

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA QUE PARALISA O PROGRESSO DA CÁRIE, EM GERAL UTILIZADA EM CRIANÇAS	B
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES, COM O USO DE BROCAS PARA APROFUNDAMENTO DESSSE SULCO, QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE	B
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE	B
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	APLICAÇÃO DE FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE	B
84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	APLICAÇÃO DE VERNIZ COM FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE	B
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR HIGIENE BUCAL PARA OS PAIS E/OU OS CUIDADORES DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS	B
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	ORIENTAÇÕES SOBRE A HIGIENE E SAÚDE BUCAL	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR A HIGIENE E SAÚDE BUCAL	B
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	ORIENTAÇÕES DE HIGIENE PARA REALIZAR A REMOÇÃO DE PLACA BACTERIANA DA CAVIDADE BUCAL	B
84000171	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE	CONSULTA DE CONTROLE DA EVOLUÇÃO DA CÁRIE INICIAL E SUPERFICIAL	B
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE	B
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE	B
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE	B
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE	B
85100269	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE AO CALOR OU FRIO	B
00014373	PERIODONTIA MÓDULO 2 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM)	O PROCEDIMENTO INCLUI RASPAGEM SUPRAGENGIVAL, PROFILAXIA, ADEQUAÇÃO DO MEIO, ATIVIDADE EDUCATIVA, EVIDENCIAÇÃO DE PLACA E APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	B
00014362	PREVENÇÃO MÓDULO 1 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM)	N/A	B
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	PROCEDIMENTO EM QUE O DENTISTA REALIZA A LIMPEZA E O POLIMENTO DA COROA DO DENTE, UTILIZANDO PASTA DE PROFILAXIA E INSTRUMENTAL OU OUTRAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES	B
84000201	REMINERALIZAÇÃO	PROCEDIMENTO PARA DEVOLVER AO DENTE MINERAIS PERDIDOS. ESTÁ RELACIONADO À SENSIBILIDADE DENTÁRIA	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
85300055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	REMOÇÃO DE ELEMENTOS RETENTIVOS, DIMINUINDO O ACÚMULO DE PLACA (OBTURAÇÃO COM EXCESSO)	B
83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	APARELHO FIXO QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE	A
83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	APARELHO REMOVÍVEL QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE	A

**DIAGNÓSTICO**

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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**DIAGNÓSTICO (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
82000271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR) PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS	B
82000280	BIÓPSIA DE MAXILA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MAXILA (ARCADA SUPERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS	B
81000111	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME DE AVALIAÇÃO DE CÉLULAS DA BOCA POR COLETA FEITA ATRAVÉS DE RASPAGEM DO TECIDO	B
81000138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA	B
81000154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA	B
81000170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE PUNÇÃO ASPIRATIVA DE LESÕES. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA	B
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	EXAME QUE MEDE A QUANTIDADE DE SALIVA PRODUZIDA (FLUXO SALIVAR) NUM DETERMINADO INTERVALO DE TEMPO	B
84000252	TESTE DE PH SALIVAR	EXAME QUE AVALIA O PH DA SALIVA	B
81000197	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	A
81000200	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE (CONHECIDA COMO "SAPINHO")	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**DIAGNÓSTICO (continuação)**

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

**CIRURGIA**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</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 BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DO DENTE (COM DUAS RAÍZES) E INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ	B
82000085	APICETOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NAS RAÍZES REMANESCENTES	B
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**CIRURGIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ	B
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ	B
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ	B
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NO APROFUNDAMENTO DO ESPAÇO ENTRE A REGIÃO DA GENGIVA E OS LÁBIOS (SUPERIOR E/OU INFERIOR) OU BOCHECHAS, PARA MELHOR ADAPTAR PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL (DENTADURA) OU PRÓTESE REMOVÍVEL (PONTE MÓVEL)	B
82000298	BRIDECTOMIA	REMOÇÃO TOTAL DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE	B
82000301	BRIDOTOMIA	CORTE PARA ALÍVIO DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE	B
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MAXILA (ARCADA SUPERIOR)	B
82000360	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR BILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR)	B
82000387	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR UNILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO, EM UM DOS LADOS DA MANDÍBULA	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**CIRURGIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
82000395	CIRURGIA PARA TÓRUS PALATINO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA ÓSSEA NO PALATO (CÉU DA BOCA)	B
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO EM LESÕES OU REGIÕES ESPECÍFICAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL, OBTIDA POR MEIO DE RASPAGEM COM ESPÁTULAS (MADEIRA OU METAL) E QUE SERÁ ENCAMINHADA AO LABORATÓRIO PARA ANÁLISE	B
82000506	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA DE RETORNO APÓS UMA CIRURGIA PARA AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO, REMOÇÃO DOS PONTOS E ORIENTAÇÕES	B
82000557	CUNHA PROXIMAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO OU GENGIVAL PARA FACILITAR A EXECUÇÃO DE OUTRO PROCEDIMENTO NA MESMA REGIÃO	B
82000743	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO QUE TEVE UM AUMENTO DE TAMANHO, LOCALIZADO NOS TECIDOS MOLES DA BOCA (GENGIVA, BOCHECHA, OUTROS)	B
82000778	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DO CÁLCULO SALIVAR	B
82000786	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	B
82000794	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE MUCOCELE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA)	B
82000808	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE RÂNULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA)	B
82000816	EXODONTIA A RETALHO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DE DENTE COM UM CORTE MAIOR (FACILITAÇÃO DO ACESSO CIRÚRGICO)	B
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS, IMPACTADOS (DENTRO DO OSSO) E SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS)	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**CIRURGIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE APÓS FINALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO E/OU PROTÉTICO	B
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOVER RAIZ RESIDUAL DO DENTE	B
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS/SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS)	B
82001294	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS	REMOÇÃO DE DENTE SEMI-INCLUSO E IMPACTADO (COM OSSO EM CIMA DO DENTE)	B
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	REMOÇÃO DE DENTE DE LEITE	B
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE	B
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO	B
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA	B
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO	B
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA	B
82001758	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REALIZAÇÃO DE UMA INCISÃO NO CISTO, PARA DIMINUIÇÃO DO TAMANHO, QUANDO NÃO ESTÁ INDICADA A REMOÇÃO DE IMEDIATO	B
82001073	ODONTOSSECÇÃO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA SEPARAÇÃO DAS RAÍZES DE UM DENTE COM MAIS DE UMA RAIZ (MANUTENÇÃO DE UMA DAS RAÍZES OU AINDA TÉCNICA CIRÚRGICA NA REMOÇÃO DE DENTES)	B
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA POR ASPIRAÇÃO	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**CIRURGIA (continuação)**

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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**CIRURGIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	B
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	B
82001685	TUNELIZAÇÃO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA FACILITAR A HIGIENE NOS DENTES QUE PASSARAM POR TRATAMENTO GENGIVAL COM O REPOSICIONAMENTO ÓSSEO E/OU GENGIVAL	B
82001707	ULECTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER CAPUZ DE GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO)	B
82001715	ULOTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER PARTE DA GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO)	B
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	A
82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	A
82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCONASAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE)	A
82001545	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL (REGIÕES COM FREIOS, TECIDO FIBROSO)	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**DENTÍSTICA**

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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**DENTÍSTICA (continuação)**

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

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**DENTÍSTICA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/ TRATAMENTO EXPECTANTE	PROCEDIMENTO DE COBRIR DENTE QUE ESTÁ ABERTO, DEVIDO A CÁRIE OU QUEDA DE RESTAURAÇÃO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E, DEPOIS, OBTURAR O DENTE COM MATERIAL DEFINITIVO	B
85100234	TRATAMENTO DE FLUOROSE – MICROABRASÃO	TRATAMENTO DE MANCHA NO DENTE, CAUSADA POR FLÚOR, COM MATERIAL ABRASIVO	A

**PERIODONTIA**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	AUMENTO DA PARTE DO DENTE EXPOSTA (COROA – PARTE FORA DA GENGIVA), COM A REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO AO REDOR DESTES DENTES. VISA MELHOR ADAPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE OU RESTAURAÇÃO	B
82000336	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM INCISÃO E AFASTAMENTO DOS TECIDOS MOLES DA BOCA PARA TER ACESSO AO LOCAL	B
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO TECIDO ÓSSEO NA REGIÃO DE UM DENTE OU GRUPO DE DENTES PARA REALIZAÇÃO DE RASPAGEM PROFUNDA (TENTATIVA DE DIMINUIÇÃO DO ESPAÇO ENTRE O TECIDO ÓSSEO E A GENGIVA)	B
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE	B
82000689	ENXERTO PEDICULADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE	B
82000921	GENGIVECTOMIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**PERIODONTIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
00014397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL (EM UM DENTE ESPECÍFICO)	B
82000948	GENGIVOPLASTIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ESTÉTICA, QUE CONSISTE NA REMOÇÃO CIRÚRGICA GENGIVAL (TECIDO DE CONTORNO DOS DENTES)	B
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES PERMANENTES (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA)	B
00014385	PERIODONTIA MÓDULO 3 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM PROFUNDA)	O PROCEDIMENTO INCLUI CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL, ALISAMENTO RADICULAR, RASPAGEM SUBGENGIVAL, RASPAGEM SUPRAGENGIVAL, PROFILAXIA, ADEQUAÇÃO DO MEIO, ATIVIDADE EDUCATIVA, EVIDENCIAÇÃO DE PLACA E APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	B
85300039	RASPAGEM SUBGENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	LIMPEZA PROFUNDA DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA	B
85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	LIMPEZA DA COROA DO DENTE E PARTE DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA	B
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	TRATAMENTO PARA INFECÇÃO BUCAL (DENTE E/OU GENGIVA E TECIDOS DE SUPORTE)	B
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO/INFECÇÃO AGUDA GENERALIZADA NA CAVIDADE BUCAL	B
82000344	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM APLICAÇÃO DE MINERAL ÓSSEO NA REGIÃO	A
00000346	DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL (GRAVAÇÃO EM MÍDIA DIGITAL)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (14 RADIOGRAFIAS PEQUENAS INTRABUCAIS <=> PERIAPICAIAS), PARA O DENTISTA AVALIAR E PLANEJAR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	A
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**ENDODONTIA**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO	B
85200174	CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO	B
85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO QUE ESTÁ DENTRO DO CANAL	B
85200069	REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CANAL PARA A REALIZAÇÃO DE UM NOVO TRATAMENTO DE CANAL	B
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	REMOÇÃO DA ESTRUTURA METÁLICA (PINO) DE DENTRO DO CANAL	B
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR	B
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM MAIS DE DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**ENDODONTIA (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM UMA RAÍZ, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAÍZ 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 RAÍZ COM MATERIAL OBTURADOR	B
85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE, COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS (UTILIZADOS QUANDO A RAÍZ AINDA ESTÁ EM FORMAÇÃO)	B
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE DE LEITE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO) E DESINFECÇÃO DO CANAL	B
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (MAIS DE DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAÍZ COM MATERIAL OBTURADOR	B
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (UMA RAÍZ), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAÍZ COM MATERIAL OBTURADOR	B
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	CLAREAMENTO DE DENTE ESCURECIDO PELO TRATAMENTO DE CANAL COM O USO DE PRODUTOS CLAREADORES DENTRO DO CANAL. PODE HAVER OU NÃO O SUCESSO NO CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL)	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**PRÓTESE DO ROL**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE	B
87000059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	COROA (METÁLICA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE	B
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE	B
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	COROA PROVISÓRIA COM PINO (FIXAÇÃO DENTRO DA RAIZ DO DENTE) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES	B
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	COROA PROVISÓRIA SEM PINO DENTRO DA RAIZ DO DENTE, CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES	B
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES INCISIVOS, LATERAIS E CANINOS). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES	B
85400149	COROA TOTAL METÁLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL , SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES	B
85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	ESTRUTURA DE METAL CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PESSOA FÍSICA DPF205-2**

**PRÓTESE DO ROL (continuação)**

<b>CÓD. PROCED.</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)</b>
85400262	PINO PRÉ-FABRICADO	PINO COLOCADO NA RAIZ DOS DENTES APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA DAR SUSTENTAÇÃO E SUPORTE PARA COROAS	B
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	PROCEDIMENTO PARA O PREPARO DA RAIZ APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA ACOMODAR E COLOCAR O PINO	B
85400459	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	PEÇA PROVISÓRIA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A COLOCAÇÃO DA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA DEFINITIVA	B
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	REMOÇÃO DE COROAS, PRÓTESES FIXAS, PARA AVALIAÇÃO E CONFECCÃO DE NOVAS	B
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	BLOCO EM METAL PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO	B
00041227	NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO	ESTRUTURA DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES	A

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL**

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