

Plano Modelar

INDIVIDUAL E FAMILIAR



Motivos para sorrir!

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA “MODELAR” REGISTRO DO PRODUTO ANS
487706203 Sociedade de Assistência Odontológica de Grupo -
Dental Med Center/RN CNPJ: 04.067.810/0001-16**

Cláusula	Assunto	Página
01 - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA		1
02 - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE		1
03 - OBJETIVO DO CONTRATO		2
04 - NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS		2
05 - TIPO DE CONTRATAÇÃO		2
06 - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL, ÁREA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO DO PLANO		3
07 - ATRIBUTOS DO CONTRATO		4
08 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO		4
09 - COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS		5
10 - EXCLUSÕES CONTRATUAIS		6
11 - DURAÇÃO DO CONTRATO		9
12 - CARÊNCIAS		10
13 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		11
14 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO		12
15 - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE		13
16 - REAJUSTE		16
17 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO		16
18 - RESCISÃO/SUSPENSÃO		17
19 - PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS		20
20 - DISPOSIÇÕES GERAIS		21
21 - DO FORO		23
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE		24
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL		29
COBERTURAS		31

CONTRATO DE COBERTURA DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA

ODONTOLÓGICA “MODELAR” que estabelece a relação entre a SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE GRUPO/RN - DENTAL MED CENTER/RN doravante

denominada DENTAL MED CENTER, e a CONTRATANTE, denominado como responsável na Proposta Contratual Pessoa Física, adjunta, em que ambos se encontram devidamente qualificados, sendo beneficiário(a) somente as pessoas por esta indicadas, regendo-se pelas cláusulas a seguir.

Os registros de identificação da CONTRATADA e deste contrato nos órgãos governamentais competentes encontram-se na Proposta Contratual assinada pela CONTRATANTE.

CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

1 - SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE GRUPO – DENTAL MED CENTER/RN, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o nº 04.067.810/0001-16, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 41.394-1, com sede na Avenida Rio Branco, 440, Bairro Cidade Alta, Natal, Rio Grande do Norte, CEP: 59.025-000, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SEGUNDA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1 - A **CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

2.2 - A **CONTRATANTE** é identificada também neste contrato como **BENEFICIÁRIO** titular, devendo indicar expressamente na Proposta Contratual os **BENEFICIÁRIOS** dependentes.

2.3 - A **CONTRATANTE** declara neste ato que é de sua responsabilidade manter seu nome, endereço, telefone e e-mail atualizados perante a **CONTRATADA**, informando caso haja qualquer tipo de alteração.

CLÁUSULA TERCEIRA

OBJETIVO DO CONTRATO

3.1 – O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos de despesas com procedimentos de assistência odontológica realizadas por conta e ordem do BENEFICIÁRIO prestada por terceiros indicados pela CONTRATADA, 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.

CLÁUSULA QUARTA

NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

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

4.2 – O Plano Modelar, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 487706203, de abrangência geográfica Estadual, sem coparticipação, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura de custos das despesas odontológicas para os procedimentos descritos na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA.

4.3 - A cobertura de custos das despesas com atendimento na rede credenciada assegurada neste contrato será realizada pela CONTRATADA através de pagamento direto ao prestador de serviço, sempre em conformidade com as condições contratuais vigentes.

4.4 - A CONTRATADA fará o reembolso das despesas com atendimento de urgência comprovada, nas cidades onde não haja dentistas ou clínicas de urgência credenciada, respeitando-se as normas administrativas referentes ao reembolso, tais como apresentação de nota fiscal e recibo.

CLÁUSULA QUINTA

TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1 - 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, 2 (dois) 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.

5.1.1 – 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.

5.2 - O CONTRATANTE deverá responder por todos os dados incluídos na Proposta Contratual, apresentando os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como: carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento e/ou casamento.

5.3 - O CONTRATANTE autoriza desde já, a receber mensagens de SMS, E-MAIL e WhatsApp referente a assuntos relacionados a este contrato.

CLÁUSULA SEXTA

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL, ÁREA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO DO PLANO

6.1 - A segmentação assistencial do plano descrito neste contrato é exclusivamente odontológica.

6.2 - 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.

6.2.1 - A abrangência geográfica do plano é Estadual.

6.2.3 - 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 dentalmedcenter.com.br.

CLÁUSULA SÉTIMA

ATRIBUTOS DO CONTRATO

7.1 - 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.

7.2 - 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.

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1 - 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.

8.1.1 - Serão considerados como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, aqueles com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao **BENEFICIÁRIO TITULAR**, para todos os efeitos deste contrato:

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;

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

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

IV - Pai, mãe, irmãos(ãs), avós, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), padrasto, madrasta, cunhado(a), genro e nora.

V - Parentesco por afinidade.

8.2 - A perda de qualquer dos vínculos de dependência dispostos no item anterior confere à **CONTRATADA** o direito de excluir o **BENEFICIÁRIO** do plano.

8.3 - 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.

8.4 - 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.

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

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

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

CLÁUSULA NONA

COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

9.1 - 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.

9.1.1 - A cobertura será realizada pela **CONTRATADA**, através de pagamento direto ao prestador de serviço.

9.1.2 - A rede credenciada é composta pelos prestadores de serviços odontológicos, de radiologia e clínicas constantes da relação de profissionais cadastrados e disponibilizados pela **CONTRATADA**.

9.2 - 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.

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

9.3 - Este Contrato prevê apenas 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.

CLÁUSULA DÉCIMA

EXCLUSÕES CONTRATUAIS

10.1 - 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:

10.1.1 – 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.

10.1.1.1 – 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.

10.1.1.2 – 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.

10.1.1.3 – 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.}

10.1.2 – Enfermagem particular e assistência odontológica domiciliar.

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

10.1.4 – 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.

10.1.5 – 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.

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

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

10.1.8 – Lentes de contato dental.

10.1.9 – 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.

10.1.10 – Prótese de metalocerâmica, porcelana e cerâmica pura.

10.1.11 – Prótese parcial fixa.

10.2 - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato.

10.3 - Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais.

10.4 - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental definido pela autoridade competente.

10.5 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações.

- 10.6 - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por cirurgiões dentistas não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato.
- 10.7 - Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporomandibular).
- 10.8 - Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções.
- 10.9 - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais.
- 10.10 - Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia.
- 10.11 - Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.
- 10.12 - Transplantes ósseos.
- 10.13 - Enxertos ósseos, biomateriais e gengivais.
- 10.14 - Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos.
- 10.15 - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica.
- 10.16 - Procedimentos com fins estéticos.
- 10.17 - Procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares.
- 10.18 - As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório.
- 10.19 - Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar.
- 10.20 - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento.

- 10.21 - Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência.
- 10.22 - Reembolso de qualquer natureza, dentro ou fora da rede credenciada, exceto os casos de urgência e de emergência previstos neste instrumento.
- 10.23 - Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos.
- 10.24 - Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica.
- 10.25 - Cirurgias e Tratamentos a laser.
- 10.26 - Clareamento dentário.
- 10.27 - Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos.
- 10.28 - A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais.
- 10.29 - Transporte do paciente.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

DURAÇÃO DO CONTRATO

11.1 - 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.

11.1.1 – 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.

11.1.2 – 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.

11.2 - 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.

11.2.1 – Na renovação do Contrato, será mantida a forma de pagamento vigente no sistema da **CONTRATADA**, ressalva dos os casos de impossibilidade de cobrança na forma vigente, nos termos da Cláusula que versa sobre “Forma de Pagamento”.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

CARÊNCIAS

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

12.2 - 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 Empresas Privadas Desconto em folha de pagamento mensal
Dentística	após o 1º (primeiro) desconto
Urgência/Emergência	24 (vinte e quatro) horas
Radiologia	30 (trinta) dias
Periodontia	90 (noventa) dias
Protese do rol	120 (cento e vinte) dias
Endodontia	180 (cento e oitenta) dias
Cirurgia	180 (cento e oitenta) dias

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

13.1 – 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.

13.2 – 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**.

13.2.1 – 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.

13.2.2 – O ressarcimento somente será pago mediante a apresentação de documentos originais que comprovem o atendimento, incluindo Nota Fiscal dos serviços realizados.

13.2.3 – 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.

13.2.4 – 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.

13.2.5 – 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.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

14.1 - Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar documento de identificação com foto, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e/ou a Autorização Prévia da **CONTRATADA** para a realização do serviço.

14.2 - Todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da **CONTRATADA**, exceto consulta inicial e os casos de urgência, sendo garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir da solicitação.

14.3 - Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não pertencentes à Rede.

14.4 - A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à **CONTRATADA**, assinada e datada pelo cirurgião-dentista ou médico assistente do caso, e assinada também pelo **BENEFICIÁRIO**.

14.5 - A **CONTRATADA** e o **CONTRATANTE**, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderão realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos. Na aplicação da auditoria odontológica inicial, a **CONTRATADA** se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

14.6 - Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao **BENEFICIÁRIO** a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, outro pela **CONTRATADA**, e um terceiro, a critério de desempate, escolhido pelos dois nomeados.

14.7 - Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o profissional escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** pertencer à rede credenciada da **CONTRATADA**, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro, desempataador, será paga pela **CONTRATADA**.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS E EXAMES.

14.8 - 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.

14.9 - 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

14.10 - 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** (dentalmedcenter.com.br) ou diretamente na sede da Operadora.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

15.1 - Este plano será custeado em regime de pré-pagamento.

15.2 O **CONTRATANTE** declara ter ciência que é o responsável financeiro do contrato. Existindo vinculação deste contrato com alguma instituição pública e/ou privada, em razão de eventual vínculo empregatício da **CONTRATANTE**, caso este vínculo seja rompido, a **CONTRATANTE** continuará como responsável por adimplir as obrigações deste contrato.

15.3 - O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

15.4 - A mensalidade que o **BENEFICIÁRIO** titular pagará à **CONTRATADA** será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS** dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

15.5 - O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, nos prazos convencionados, os valores a seguir:

I - Contribuições mensais, nas datas de seus vencimentos, de acordo com o preço estipulado na tabela de vendas da **CONTRATADA**.

15.6 - Caso o contratante opte por escolher dia diferente ao da 1ª (primeira) mensalidade para o pagamento das demais mensalidades do plano, a **CONTRATADA** reserva-se no direito de calcular o valor proporcional aos dias não pagos e cobrará este na 1ª (primeira) mensalidade subsequente.

15.7 - O fato de o **CONTRATANTE**, durante a vigência deste contrato, não ter utilizado os serviços da cobertura contratual, não o exonera das mensalidades vencidas. Ou seja, mesmo que não utilize o serviço do plano, em um ou mais meses, o **CONTRATANTE** terá que pagar as mensalidades à **CONTRATADA**, enquanto durar o contrato.

15.8 - O **CONTRATANTE** declara ter ciência expressa e desde já autoriza o registro de seu nome em cadastro de inadimplentes, a exemplo do SPC E SERASA, na hipótese de inadimplência das parcelas contratadas. A data limite para pagamento de mensalidades em aberto na rede bancária não poderá ultrapassar 60 dias, a contar da sua data de emissão, sob pena de inclusão do nome do contratante no SPC e SERASA. Antes da inclusão do nome do contratante nos registros SPC e SERASA, haverá tentativas de notificação antecipada de pelo menos 10 dias.

15.9 - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

15.10 - A quitação de contraprestações pecuniárias mensais não quita débitos anteriores.

15.11 - A solicitação de desligamento, do plano de assistência odontológica da **CONTRATADA**, não desobriga o **CONTRATANTE** do pagamento de débitos de sua responsabilidade.

15.12 - 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.

15.13 - O vencimento das mensalidades poderá ocorrer, a critério do **CONTRATANTE**, no dia de cada mês a ser indicado na proposta de admissão ao contrato.

15.14 - O não recebimento das mensalidades até a data do vencimento não prejudicará a exigibilidade do pagamento da mensalidade e/ou saldo devedor, para poder contar com as coberturas contratuais. Nestes casos, o **CONTRATANTE** deve efetuar o pagamento a **CONTRATADA**.

15.15 - Não será reconhecido o pagamento efetuado em qualquer outro lugar que não seja na Rede Bancária ou na sede própria da **CONTRATADA**, sem o comprovante devidamente autenticado pelo órgão recebedor da **CONTRATADA**.

15.16 - O atraso no pagamento das mensalidades acarretará ao **CONTRATANTE** o pagamento dos seguintes valores, acrescidos à mensalidade multa contratual de 2% ao mês e juros de mora de 1% ao mês.

15.17 - O **CONTRATANTE** poderá ser notificado a partir do 50º (quincuagésimo) dia acerca das mensalidades em atraso, sendo que, a partir de 60 dias, o contrato poderá ser suspenso ou rescindido por parte da **CONTRATADA**.

15.18 - A ausência de aviso de cobrança ou ainda qualquer ocorrência que venha impedir os descontos dos valores pelo meio escolhido pelo **ASSOCIADO/CONTRATANTE**, mesmo que seja em folha de pagamento do funcionário, cartão de crédito ou boleto bancário, não o libera do pagamento nem justifica o atraso, devendo o mesmo providenciar o pagamento na data do vencimento por qualquer outro meio hábil.

MEIOS DE PAGAMENTO

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

15.20 - 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 – não fará jus à redução de carência nos termos da cláusula própria - “Carências”, sendo certo que, a partir da 13º (décima terceira) contraprestação pecuniária, a cobrança seguirá por meio de recorrência mensal no meio de pagamento contratado. Quando a opção de pagamento for cartão de crédito, o titular do cartão deverá ser o responsável financeiro ou titular do plano.

15.20.1 - 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.

15.20.2 – 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.

15.21 - 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

REAJUSTE

16.1 - 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.

16.2 - 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1 - Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente quando:

17.1.1 - Beneficiário Titular solicitar por escrito sua exclusão;

17.1.2 Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento, ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente.

17.1.3 O presente Contrato for rescindido.

17.1.4 Em caso de fraude ao Plano ou dolo. Ressalvada a hipótese de rescisão prevista neste instrumento, a extinção do vínculo do **BENEFICIÁRIO Titular** não extingue o contrato, sendo assegurado aos Dependentes já inscritos o direito de manutenção nas mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações dele decorrentes, inclusive com a indicação de um responsável pelo pagamento dos valores relativos ao plano de saúde.

17.2 - O **BENEFICIÁRIO Dependente** que for excluído do presente contrato, poderá firmar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a **CONTRATADA** possuir planos ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

RESCISÃO/SUSPENSÃO

18.1 - Este Contrato de plano odontológico será rescindido e/ou suspenso imediatamente:

I - No caso de qualquer fraude comprovada praticada pelo **CONTRATANTE** e/ou por qualquer **BENEFICIÁRIO Dependente ou Agregado**, quando inscrito, na utilização deste plano odontológico.

II - Após o prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, de atraso no pagamento da contraprestação pecuniária nos termos da legislação e regulamentação vigentes.

III - Em caso de Rescisão/Suspensão contratual, o **CONTRATANTE** não se eximirá das obrigações pecuniárias já vencidas e não adimplidas, podendo a **CONTRATADA**, em caso de persistência no débito, realizar a inscrição do **CONTRATANTE** nos órgãos de proteção ao crédito, e realizar a cobrança judicialmente.

18.2 - Caso o **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente Contrato antes de transcorridos 12 (doze) meses da sua vigência inicial, ficará sujeito ao pagamento de multa pecuniária em favor da **OPERADORA** equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término da vigência inicialmente convencionada, ressalvado o direito da **CONTRATADA** de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

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

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

18.2.2 - 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**.

18.3 - O pedido de cancelamento deverá ocorrer mediante aviso prévio à **CONTRATADA**, através de formalização por escrito, de acordo com as normas administrativas vigentes da **CONTRATADA**, ressalvadas as hipóteses previstas nas alíneas deste Contrato.

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

a) Contratos com pagamento através de cartão de crédito ou desconto em folha, 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/ou folha de pagamento e cobrará o valor relativo à multa contratual, que deverá ser paga em uma única parcela pelo **CONTRATANTE**.

18.4 - Na ocorrência do atraso no pagamento da contraprestação pecuniária a **CONTRATADA** deverá notificar o **CONTRATANTE**, após o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, devendo este último, dentro do prazo de 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da notificação, se manifestar e apresentar suas considerações acerca do ocorrido, bem como, se for o caso, efetuar o(s) pagamento(s) em atraso.

18.5 - Na hipótese do item 18.4 acima, não havendo manifestação expressa por parte do **CONTRATANTE** dentro do prazo estabelecido acima ou, se for o caso, não houver pagamento do(s) eventuais em atraso, o plano odontológico poderá ser imediatamente cancelado.

18.6 - No caso de rescisão por inadimplência do **CONTRATANTE**, este responderá por todas as despesas geradas pelo(s) Beneficiário(s) por eventuais utilizações indevidas durante o período de suspensão, além da contraprestação pecuniária devida e outras despesas decorrentes deste Contrato e respectivos acréscimos legais, ressalvada a possibilidade de a **CONTRATADA** inscrever os débitos perante os órgãos de proteção ao crédito e protestá-los judicial ou extrajudicialmente.

18.7 - As garantias previstas no Contrato ficarão automaticamente e de pleno direito SUSPENSAS, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, se decorrido o prazo de vencimento da contraprestação pecuniária, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, respondendo a **CONTRATADA** apenas pelos eventos que venham a ocorrer durante o período coberto, respeitado o contido neste Contrato.

18.8 - Caso tenha ocorrido a suspensão da cobertura, mas a contraprestação pecuniária devida seja paga até o 60º (sexagésimo) dia posterior ao início da competência da primeira contraprestação pecuniária não paga, a cobertura será reabilitada para os eventos ocorridos a partir do dia seguinte ao do reconhecimento do pagamento, respeitados os prazos de carência ainda não cumpridos.

18.9 - A reabilitação de cobertura não ampara tratamentos ocorridos ou iniciados durante o período de suspensão, mesmo que sejam concluídos após a efetivação dos pagamentos da contraprestação pecuniária em atraso.

18.10 - O pagamento da contraprestação pecuniária não quita contraprestação pecuniária anterior, nem dá ao **BENEFICIÁRIO** direito às coberturas do plano odontológico, caso alguma contraprestação pecuniária de vencimento anterior não tenha sido quitada.

18.11 - Quando ocorrer a rescisão, seja por qual motivo for, cessarão automaticamente as coberturas deste plano odontológico.

18.12 - Caso o presente Contrato seja celebrado eletronicamente na forma prevista na Resolução Normativa/ANS nº 413/2016, poderá o **CONTRATANTE** exercer o direito de arrependimento e rescindir o presente Contrato unilateralmente em até 7 (sete) dias úteis contados a partir da data de vigência inicial, ocasião em que se declara ciente e concorde de que esta ocorrerá sem ônus financeiro para o **CONTRATANTE** desde que não tenha ocorrido nenhuma utilização do plano por quaisquer dos Beneficiários vinculados.

18.13 - Na hipótese do item 18.12 acima, caso tenha ocorrido qualquer utilização do plano por quaisquer dos Beneficiários vinculados deverá o **CONTRATANTE** ressarcir à **OPERADORA** os valores relativos aos eventos/procedimentos realizados em montante que não será superior ao valor da multa rescisória p

CLÁUSULA DÉCIMA NONA

PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

19.1 - 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.

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

19.3 – 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.

19.4 – A **CONTRATADA** irá:

19.4.1 – 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**;

19.4.2 – 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;

19.4.3 – 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;

19.4.4 – 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;

19.4.5 – 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;

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

19.5 – 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMA

DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 – 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.

20.2 – **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** de forma física e/ou digital.

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

20.2.2 – 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.

20.3 – **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.

20.4 – **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**.

20.5 – **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.

20.6 – **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.

20.7 – **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.

20.8 – **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**. A **CONTRATADA** responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, os quais serão preservados de acordo com a garantia de sigilo de informações.

20.9 – **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.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

DO FORO

21.1 - Fica eleito o foro de domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas desse contrato.

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

CARENCIA	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência . até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.			

**COBERTURA
PARCIAL
TEMPORARIA**

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer anuidade adicional do beneficiário. Caso a operadora opte por não oferecer toda a cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de cirurgia, internações em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.

A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007. a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

Coletivo Empresarial
**Com 30 participantes
ou mais**

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**Com 30Com menos de 30
participantesparticipantes ou
mais**

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.

**MECANISMOS DE
REGULAÇÃO**

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora do plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário no plano.

Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando dá sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



487706203 Sociedade de Assistência
Odontológica de Grupo - Dental Med
Center/RN CNPJ: 04.067.810/0001-16

CONTRAÇÃO	<i>Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.</i>
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	<i>Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referencial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.</i>
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	<i>Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.</i>
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	<i>Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.</i>
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	<i>É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.</i>
EXCLUSÕES DE COBERTURA	<i>É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.</i>
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	<i>Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.</i>
CARÊNCIAS	<i>Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.</i>

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Código do Procedimento	Terminologia de Procedimentos e Eventos em Saúde (TUSS)
81000014	Condicionamento em Odontologia
81000030	Consulta odontológica
81000049	Consulta odontológica de Urgência
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs
81000065	Consulta odontológica inicial
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing
81000383	Radiografia oclusal
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
81000421	Radiografia periapical
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
82000034	Alveoloplastia
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo

81000383	Radiografia oclusal
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
82000239	Biópsia de boca
82000247	Biópsia de glândula salivar
82000255	Biópsia de lábio
82000263	Biópsia de língua
82000271	Biópsia de mandíbula
82000280	Biópsia de maxila
82000298	Bridectomia
82000301	Bridotomia
82000336	Cirurgia odontológica a retalho
82000336	Cirurgia odontológica a retalho
82000352	Cirurgia para exostose maxilar
82000360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral
82000387	Cirurgia para torus mandibular - unilateral
82000395	Cirurgia para torus palatino
82000417	Cirurgia periodontal a retalho
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial

82000921	Gengivectomia
82000948	Gengivoplastia
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
82000506	Controle pós-operatório em odontologia
82000557	Cunha proximal
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos
82000794	Exérese ou excisão de mucocele
82000808	Exérese ou excisão de rânula
82000816	Exodontia a retalho
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética

82000859	Exodontia de raiz residual
82000875	Exodontia simples de permanente
82000883	Frenulectomia labial
82000891	Frenulectomia lingual
82000905	Frenulotomia labial
82000913	Frenulotomia lingual
82000921	Gengivectomia
82000948	Gengivoplastia
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
82001073	Odonto-secção
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária

82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
82001251	Reimplante dentário com contenção
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
82001308	Remoção de dreno extra-oral
82001316	Remoção de dreno intra-oral
82001367	Remoção de odontoma
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial

82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	84000139	Atividade educativa em saúde bucal
82001650	Tratamento de alveolite	84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
82001685	Tunelização	84000171	Controle de cárie incipiente
82001707	Ulectomia	84000171	Controle de cárie incipiente
82001715	Ulotomia	84000171	Controle de cárie incipiente
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	84000171	Controle de cárie incipiente
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	84000198	Profilaxia: polimento coronário
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	84000201	Remineralização
83000089	Exodontia simples de decíduo	84000244	Teste de fluxo salivar
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	85100013	Capeamento pulpar direto
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	85100048	Colagem de fragmentos dentários
84000031	Aplicação de cariostático	85100056	Curativo de demora em endodontia
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	85100056	Curativo de demora em endodontia
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	85100056	Curativo de demora em endodontia
84000090	Aplicação tópica de flúor		

85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável
85100080	Restauração atraumática em dente permanente
85100099	Restauração de amálgama - 1 face
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular

85200034	Pulpectomia
85200034	Pulpectomia
85200034	Pulpectomia
85200042	Pulpotomia
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante
85200093	Retratamento endodôntico birradicular
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
85200140	Tratamento endodôntico birradicular
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular

85300012	Dessensibilização dentária
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
85300047	Raspagem supra-gengival
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
85300080	Tratamento de pericoronarite
85300080	Tratamento de pericoronarite

85300080	Tratamento de pericoronarite
85300080	Tratamento de pericoronarite
85300080	Tratamento de pericoronarite
85300080	Tratamento de pericoronarite
85300080	Tratamento de pericoronarite
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
85400076	Coroa provisória com pino
85400084	Coroa provisória sem pino
85400114	Coroa total em cerômero
85400149	Coroa total metálica
85400211	Núcleo de preenchimento
85400220	Núcleo metálico fundido
85400262	Pino pré fabricado
85400459	Provisório para Restauração metálica fundida
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos

85400475	Reembasamento de coroa provisória
85400505	Remoção de trabalho protético
85400556	Restauração metálica fundida
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
87000040	Coroa de acetato em dente permanente
87000059	Coroa de aço em dente permanente
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia



dentalmed

PLANOS ODONTOLÓGICOS

Motivos para sorrir!

CENTRAL DE ATENDIMENTO
AO CLIENTE

(84) 98802-4098



DISPONÍVEL PARA TODAS AS UNIDADES