

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- Plano Odontológico -**

Registro da Operadora na ANS n.º 30.194-9

CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO COLETIVO

**Cláusula Primeira
DO OBJETO**

1. Garantir a prestação de serviços odontológicos, aos associados da **CONTRATANTE** devidamente aceitos pela **CONTRATADA**, através de meios de execução próprios e/ou contratando, mediante credenciamento, terceiros técnica e legalmente habilitados para tanto, de acordo com as coberturas constantes destas Condições Gerais e suas Condições Especiais.

**Cláusula Segunda
DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO**

2. O presente Contrato de Operação de Plano Privado Odontológico tem natureza bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, inclusive a obrigação de a **CONTRATANTE** pagar o preço ora ajustado, independentemente da utilização, por seus Associados, de qualquer das coberturas contratadas em cada Plano de Benefícios por ela adquirido. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal n.º 9.658/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

**Cláusula Terceira
MEMBROS DO CONTRATO**

3.1. CONTRATADA/OPERADORA

É a Odontoprev S. A., devidamente qualificada no preâmbulo das Condições Especiais deste Contrato, que assume os riscos das garantias objeto deste contrato.

3.2. CONTRATANTE

É a pessoa jurídica, legalmente constituída e devidamente qualificada nas Condições Especiais deste Contrato, que contrata os serviços e/ou produtos da **CONTRATADA**, ficando assim, investida de poderes de representação de seus associados junto àquela em relação a quaisquer assuntos inerentes ao presente contrato.

3.3. GRUPO ASSOCIÁVEL

É o conjunto de associados da **CONTRATANTE** elegíveis aos Planos de Benefícios por ela adquiridos, conforme definido nas Condições Especiais do Contrato, homogêneo a uma ou mais formas de vinculação à própria **CONTRATANTE**.

3.4. GRUPO DE ASSOCIADOS

É, a qualquer tempo, o conjunto dos componentes do Grupo Associável, efetivamente aceitos e incluídos no contrato, cujo Plano de Benefício esteja em vigor.

3.5. ASSOCIADO

É o componente individual do Grupo Associado, aceito e incluído no contrato, definindo como:

3.5.1. ASSOCIADO TITULAR

É o que mantém vínculo com a **CONTRATANTE**.

3.5.2. ASSOCIADO DEPENDENTE

São considerados dependentes o cônjuge, ou companheiro (a) do Associado Titular, conforme legislação vigente e designado em Carteira Profissional pelo INSS, bem como, os filhos (as), enteados (as) ou tutelados (as), dependentes economicamente do Associado Titular, conforme legislação do I.R., e que sejam solteiros, com até 21 anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior.



8

[Handwritten signature]

3.6. PRESTADOR

É toda Pessoa Física ou Jurídica legalmente constituída e habilitada para prestar serviços de assistência odontológica.

Cláusula Quarta DEFINIÇÕES

4.1. CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

É constituído pelas presentes Condições Gerais, todas as suas cláusulas adicionais, quando houver, Condições Especiais, Proposta de Inclusão, Manual do Usuário, Manuais de Rede Credenciada, Formulário de Solicitações de Reembolso e Ressarcimento, bem como os demais documentos necessários a operação deste contrato.

4.2. PLANO DE BENEFÍCIOS

É o conjunto de coberturas estabelecidas nas Condições Especiais com a finalidade exclusiva de garantir aos Associados o pagamento, reembolso ou ressarcimento de despesas com assistência odontológica, até os limites contratados. Para este caso o plano de benefícios aos Associados Dependentes será sempre igual ao do Associado Titular.

4.3. PROPOSTA DE INCLUSÃO

É o documento pelo qual o componente do Grupo Associável propõe sua inclusão em um Plano de Benefícios e informa seus dados pessoais, e de seus dependentes, para análise, eventual agravo de contribuição mensal, eventual aplicação de carências e eventual aceitação pela CONTRATADA.

4.4. ENTREVISTA QUALIFICADA

É a eventual entrevista entre o componente do Grupo Associável e um profissional nomeado pela CONTRATADA, por solicitação desta, que visa a obtenção de informações clínicas de conhecimento prévio do componente, objetivando estabelecer possíveis agravos e/ou coberturas parciais temporárias a serem aplicadas, se o caso.

4.5. PROCEDIMENTOS

São todos os atos odontológicos que têm por objetivo a recuperação, manutenção ou avaliação da saúde oral do Associado.

4.6. TABELAS DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS ODONTOPREV

É composta de Instruções Gerais e das Tabelas de Procedimentos. Define quais serão os valores básicos unitários por procedimento, para pagamento de honorários dos cirurgiões-dentistas, de laboratórios e materiais. É, em qualquer hipótese, o instrumento único para pagamentos, reembolsos e ressarcimentos das despesas odontológicas efetuadas pelos Associados. Esta tabela poderá ser alterada com aviso prévio de trinta dias, em função de revisões periódicas dos custos e procedimentos.

4.6.1. TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS (T.P.C.)

É o conjunto de valores básicos, divididos por procedimentos, utilizados pela CONTRATADA para pagamento ao Prestador, bem como para cálculo de valores de franquias e co-participações.

4.6.2. TABELA DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS (T.P.N.C.)

É o conjunto de valores básicos, divididos por procedimentos, utilizados pela CONTRATADA, para pagamentos ao Prestador, bem como para cálculo de valores de franquias e co-participações, para eventos não cobertos no Plano de Benefícios do Associado.

4.6.3. TABELA DE PROCEDIMENTOS DE REEMBOLSO (T.P.R.E.)

É o conjunto de valores, definidos em Unidades Odontoprev, divididos por procedimentos, utilizados para reembolsos ao Associado inscrito em Plano de Benefícios com direito à Livre Escolha de profissionais odontólogos.

4.6.4. TABELA DE PROCEDIMENTOS DE RESSARCIMENTO (T.P.R.)



[Handwritten signature]

É o conjunto de valores, definidos em Unidades Odontoprev, divididos por procedimentos, utilizados para ressarcimentos ao Associado inscrito em Plano de Benefícios sem direito de Livre Escolha de profissionais odontólogos.

4.7. COBERTURA

São os procedimentos que têm garantia do pagamento, reembolso ou ressarcimento com assistência odontológica, conforme o Plano de Benefícios efetivamente adquirido pela CONTRATANTE e estabelecido nas Condições Especiais do Contrato.

4.8. PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

São os procedimentos não inclusos no Plano de Benefício efetivamente adquirido pela CONTRATANTE e estabelecido nas Condições Especiais do Contrato que, se necessário, serão cobrados diretamente do Associado, respeitando-se os valores alinhavados na T.P.N.C.

4.9. LIMITES DE COBERTURA

São os valores máximos de coberturas, quando existentes, definidos no Plano de Benefícios contratado.

4.10. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

É o conjunto de procedimentos odontológicos realizados na assistência à saúde oral do Associado.

4.11. EVENTO

É o acontecimento, acidente ou doença, que tenha como consequência danos comprovados a saúde oral do Associado, exigindo assistência odontológica, bem como procedimentos que podem trazer prevenção a sua saúde oral do Associado.

4.12. ACIDENTE

É o evento externo, individual, involuntário e violento que gera a necessidade de assistência odontológica.

4.13. DOENÇA

É o evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência odontológica.

4.14. EMERGÊNCIA

Casos de emergência, clínica ou cirúrgica, são aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata, sem tempo de preparo cirúrgico, com risco de vida do paciente.

4.15. URGÊNCIA

Casos de urgência, clínica ou cirúrgica, são aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica para supressão da dor intensa e ou estancamento de processos hemorrágicos.

4.16. REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES

É o grupo de Prestadores, constituído de profissionais e estabelecimentos credenciados pela CONTRATADA, colocados à disposição dos Associados para prestar-lhes assistência odontológica.

4.17. REEMBOLSO

Entende-se por reembolso o pagamento ao Associado inscrito em Plano de Benefícios com direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas por ele efetuadas em Prestador não integrante da Rede Credenciada da CONTRATADA, com assistência odontológica decorrente de eventos cobertos, até os limites estabelecidos naquele mesmo Plano de Benefícios contratado.

4.18. RESSARCIMENTO

Entende-se por ressarcimento o pagamento ao Associado inscrito em Plano de Benefícios sem direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas por ele efetuadas com Prestador não integrante da Rede Credenciada da CONTRATADA, em cidade de domicílio de seus dependentes ou naquela que é seu local de trabalho, onde a CONTRATADA não mantém Rede Credenciada.



[Handwritten signature]

4.19. CARÊNCIAS

É o prazo ininterrupto, contado a partir da data da inclusão do Associado no Plano de Benefícios, durante o qual o Associado não tem direito às coberturas contratadas, muito embora sejam devidas as contribuições mensais, prazo esse contado da data de sua inclusão inicial no referido Plano ou em caso de melhoria, espontânea ou por promoção, do rol de eventos cobertos pelo novo Plano de Benefícios.

4.20. FRANQUIA/CO-PARTICIPAÇÃO

São os conceitos de participação financeira do Associado no custo dos procedimentos odontológicos, seja em percentual sobre a utilização ou em valor fixo em moeda corrente do País, para cada procedimento coberto realizado pelo próprio Associado ou por qualquer de seus Dependentes.

4.21. CONTRIBUIÇÃO MENSAL

A contribuição mensal é a importância paga pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** para que os Associados tenham direito às coberturas dos respectivos Planos de Benefícios.

Cláusula Quinta **DO PLANO ODONTOLÓGICO**

5. A **CONTRATADA** obriga-se a garantir a prestação de Assistência Odontológica aos Associados da **CONTRATANTE** através dos Prestadores constantes do Manual de Rede Credenciada, proporcionando-lhes atendimento de natureza clínica, cirúrgica em ambulatorios, bem como procedimentos complementares de diagnóstico e terapia alinhavados na Tabela **ODONTOPREV** em conformidade com os planos de cobertura optados e distribuídos entre os Associados como descrito abaixo:

PLANOS: CONVENCIONAL (Livre Adesão e Compulsório) e CONVENCIONAL LE (Livre Adesão e Compulsório)

Neste **PLANO** estão previstas as coberturas dos seguintes eventos:

- Tratamento ambulatorial
- Consulta
- Exodontia de emergência
- Emergências, odontalgias e pulpites
- Drenagem de abscessos
- Radiografias para emergências
- Radiografia oclusal
- Restaurações de amálgama
- Restaurações de silicato
- Restauração de ionômero de vidro
- Restaurações de resina composta convencional
- Restaurações com resina fotopolimerizável (ativada com luz)
- Capeamento pulpáar direto
- Aplicação tópica de flúor (prevenção contra cáries)
- Aplicação de selante (prevenção contra cáries)
- Profilaxia
- Raspagem sub e supra gengival
- Tratamento de abscesso periodontal
- Curetagem sub-gengival
- Orientação de Higiene bucal e controle de Placa Bacteriana
- Rx intra-oral periapical
- Rx intra-oral interproximal
- Correção de bridas musculares
- Excisão de mucócele
- Excisão de Rânula
- Reimplante de dente avulsionado
- Cirurgia para remoção de torus palatino e mandibular
- Frenectomia lingual e labial
- Exodontia simples, de raiz residual, semi-incluso
- Remoção de dentes inclusos e impactados
- Biópsia da cavidade oral
- Fraturas Alvéolo-Dentárias – Redução Cruenta
- Fraturas Alvéolo-Dentárias – Redução Incurenta
- Ulotomia – Ulectomia – Cunha Distal
- Apicectomia unirradicular com ou sem obturação retrógrada



Apicectomia multirradicular com ou sem obturação retrógrada

Cirurgia de aprofundamento de sulco

Alveoloplastia - Osteoplastia

Endodontia (Tratamento de Canal e Retratamento endodôntico de todos os dentes) - dente decíduo ("dente de leite") - dentes unirradiculares - dentes birradiculares - dentes com três ou mais canais

Retratamento de canal

Pulpectomia/Pulpectomia

Núcleo de Preenchimento

Gengivectomia

Aumento de coroa clínica

Imobilização dentária temporária (provocada por trauma ou por doença periodontal)

---X---

PLANOS: INTEGRAL (Livre Adesão e Compulsório) e INTEGRAL LE (Livre Adesão e Compulsório)

Neste PLANO estão previstas as coberturas de TODOS OS EVENTOS DOS PLANOS CONVENCIONAL e CONVENCIONAL LE, além dos seguintes procedimentos:

Consulta de orientação para clareamento dental (exceto moldeira e gel)

Ajuste Oclusal

Aplicação de cariostático

Remineralização de Esmalte

Sessão de condicionamento Odontopediátrico

Coroa de Aço

Imobilização dentária

Cirurgia Periodontal

Exerto Gengival

Cirurgia de retalho Destizante

Documentação Periodontal

Remoção de Hiperplasias

Cirurgia de Remoção de Cistos/Curetagem

Odonto-seção

Preparo para Núcleo Infraradicular

Remoção de Núcleo Infraradicular

RX Oclusal

Radiografia Panorâmica

Telemradiografia

RX ATM

---X---

PLANOS SUPERIOR (Livre Adesão e Compulsório) e SUPERIOR LE (Livre Adesão e Compulsório)

Neste PLANO estão previstas as coberturas de TODOS OS EVENTOS DOS PLANOS INTEGRAL e INTEGRAL LE, além dos seguintes procedimentos:

Inlay de Porcelana/Resina

Onlay de Porcelana/Resina

Remoção de Restaurações Metálicas e Coroas

Restaurações Metálicas Fundidas

Coroa Total Metálica

Coroa Verner

Próteses Adesivas

Elemento de Prótese Fixa Metal-Plástico

Núcleo Metálico Fundido

Elemento de Prótese Fixa Metal-Cerâmica

Coroa ou Jaqueta Acrílica

Coroa Metal-Cerâmica

Prótese Parcial Removível à grampo

Prótese Total Rósea

Prótese Incolor

Prótese Imediata

Reembasamentos

Prótese Parcial Provisória à Grampo

Placa de Mordida em Acrílico

Consertos



Coroas Provisórias

-X-

**PLANOS: MASTER (Livre Adesão e Compulsório) e
MASTER LE (Livre Adesão e Compulsório)**

Neste PLANO estão previstas as coberturas de **TODOS OS EVENTOS DOS PLANOS SUPERIOR e SUPERIOR LE**, além dos seguintes procedimentos:

Consulta de orientação para clareamento dental (exceto gel)
 Documentação Ortodôntica
 Tratamentos Ortodônticos Preventivos
 Manutenção de Tratamentos Ortodônticos Preventivos
 Tratamentos Ortodônticos Corretivos
 Manutenção de Tratamentos Ortodônticos Corretivos

-X-

Cláusula Sexta
DA ADESAO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO
DE ASSOCIADOS

- 6.1.** Para os casos de Planos de Benefícios de Adesão Compulsória, a inclusão total do Grupo inicial dar-se-á na data de início de vigência deste Contrato e a inclusão de novos Associados, admitidos após esta data no quadro de empregados, associados ou sindicalizados da **CONTRATANTE** dar-se-á naquela mesma data; a exclusão de Associado dar-se-á no momento de sua exclusão do quadro de empregados, associados ou sindicalizados da **CONTRATANTE**. Tais regras serão respeitadas havendo ou não participação dos Associados nos custos dos Planos de Benefícios adquiridos pela **CONTRATANTE**.
- 6.2.** Para os casos de planos por livre adesão, a inclusão e exclusão de associados dar-se-á segundo as regras abaixo:
- 6.2.1.** A **CONTRATANTE** providenciará a adesão dos Associados Titulares e respectivos dependentes, se o caso, já integrantes do Grupo Total de Associados em um prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data de início de vigência deste Contrato ou em um prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de admissão do Associado Titular em seu quadro de empregados, associados ou sindicalizados.
- 6.2.2.** As alterações no quadro de Associados Titulares decorrentes de alterações no Grupo Associável, assim como as desistências das adesões manifestadas, serão comunicadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, no mesmo dia em que ocorrer o fato.
- 6.2.3.** O Associado Titular afastado, temporariamente, da **CONTRATANTE**, durante a vigência deste Contrato, somente terá direito à utilização do benefício ora contratado caso seja mantida a sua adesão ao Plano pela **CONTRATANTE**, com o pagamento mensal da competente taxa, respeitadas as normas deste instrumento.
- 6.2.4.** A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando esta julgar necessário, documentos comprobatórios de seu quadro de empregados, associados ou sindicalizados.
- 6.2.5.** Somente será excluído do presente Contrato o Associado que deixar de pertencer ao Grupo Associável da **CONTRATANTE** ou que, inscrito em Plano de Livre Adesão e respeitando os prazos e condições estabelecidas neste Contrato, expressar sua desistência, cessando, por consequência, os seus direitos e os de seus Dependentes.
- 6.3.** Aos Associados Titulares, que mantinham vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** e que participavam financeiramente no pagamento da Taxa Mensal do Plano de Benefícios em que se encontravam inscritos, desligados do quadro de pessoal da **CONTRATANTE** por haverem sido dispensados sem justa causa é assegurado o direito de manutenção, como Associados, juntamente com todos os seus Dependentes inscritos como tal no momento da rescisão do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam o pagamento integral das respectivas Taxas Mensais e desde que manifestem de forma expressa à **CONTRATANTE** sua opção pela manutenção em questão no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da rescisão de seu contrato de trabalho.



[Handwritten signature]

- 6.3.1. A permanência no Plano, prevista no presente item, será por período igual a um terço do tempo de contribuição para o mesmo Plano, assegurando-se um período mínimo de 06 (seis) meses e limitando-se a um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 6.4. Aos Associados Titulares que mantinham vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** e que participavam financeiramente no pagamento da Taxa Mensal do Plano de Benefícios em que se encontravam inscritos, desligados do quadro de pessoal da **CONTRATANTE** por haverem exercido o direito à aposentadoria, é assegurado o direito de manutenção, como Associados, juntamente com todos os seus Dependentes inscritos como tal no momento da rescisão do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam o pagamento integral das respectivas Taxas Mensais e desde que manifestem de forma expressa à **CONTRATANTE** sua opção pela manutenção em questão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da rescisão de seu contrato de trabalho, respeitando-se os seguintes prazos:
- 6.4.1. Se o Associado Titular aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período igual ou superior a 10 (dez) anos, terá direito a nele permanecer, juntamente com seus Dependentes, por prazo indeterminado.
- 6.4.2. Se o Associado Titular aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período inferior a 10 (dez) anos, terá direito a nele permanecer, juntamente com seus Dependentes, à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição.
- 6.5. A contribuição mensal do Associado Titular enquadrado nos termos do subitem 6.3 ou 6.4., bem como de seus Dependentes, será devidamente calculada com base em tabelas de custos específicos e diferenciados daqueles do Grupo de Associados.
- 6.6. O Associado Titular deixará de ter o direito estabelecido no item 6.3. ou no item 6.4. supra quando de sua admissão em outro emprego.
- 6.7. Em caso de morte do Associado Titular durante o gozo dos benefícios previstos nos subitens 6.3. e 6.4., os seus Dependentes regularmente inscritos como tal no Plano de Benefícios à época do óbito, terão direito a nele permanecer pelo período remanescente, mediante o pagamento das respectivas taxas mensais.
- 6.8. Em caso de inscrição de filho do Associado Titular, menor de 12 (doze) anos de idade, adotado durante a vigência do presente Contrato, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo Associado Titular adotante.
- 6.9. A exclusão de um Associado Titular do Plano de Benefícios em que se encontrava inscrito dar-se-á automaticamente com a sua desvinculação da **CONTRATANTE**, qualquer que seja o motivo.
- 6.9.1. A exclusão se opera a partir do primeiro dia subsequente ao da desvinculação do Associado Titular dos quadros da **CONTRATANTE**.
- 6.9.2. Quando da exclusão, a **CONTRATANTE** deverá recolher e inutilizar os Cartões de Identificação do Associado Titular e, se houver, de seus Dependentes.
- 6.10. As despesas decorrentes do atendimento de Associado Titular, ou de cada um de seus Dependentes, que deixou de pertencer ao Grupo de Associados da **CONTRATANTE**, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à **CONTRATADA**, serão de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**.
- 6.11. A **CONTRATANTE** deverá enviar, mensalmente, à **CONTRATADA** xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, ou outro documento comprobatório do número de pessoas do Grupo Associável, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.
- 6.12. Caso o Associado inscrito em um dado Plano de Benefícios manifeste interesse em dele se desligar durante a vigência deste instrumento e, posteriormente, queira a ele retomar, ou queira, ainda, adquirir novo Plano, a **CONTRATADA** se reserva o direito de não readmiti-lo, ou de readmiti-lo determinando novos prazos de carência determinados pelas partes nas Condições Especiais do Contrato.

Cláusula Sétima
DA IDENTIFICAÇÃO DOS ASSOCIADOS



- 7.1. A identificação de Associados da **CONTRATANTE** far-se-á pelo Cartão de Identificação ODONTOPREV, acompanhado de um documento de identidade oficial com fotografia.
- 7.2. A Guia de Encaminhamento ODONTOPREV também será documento suficiente para identificação do Associado, desde que devidamente preenchida e aprovada pelos Cirurgiões-Dentistas da **CONTRATADA**, acompanhada de documento de identidade oficial com fotografia.

Cláusula Oitava

**DOS PROCEDIMENTOS COMPREENDIDOS NA
COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO**

- 8.1. São assegurados aos Associados inscritos no presente Contrato, no mínimo, os **PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS** relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo rol de procedimentos está estabelecido na Resolução RN n.º 154, de 05 de junho de 2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas posteriores atualizações.
- 8.2. Além da cobertura mínima referida no item supra, dependendo do tipo de Plano adquirido pela **CONTRATANTE**, seu Associado terá direito, também, às coberturas previstas na cláusula Quinta do presente instrumento.

Cláusula Nona

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

9. **NÃO ESTÃO INCLuíDOS NESTE CONTRATO**, como obrigação da **CONTRATADA** de cobrir os procedimentos relativos a:
- 9.1. CIRURGIAS BUÇO-MAXILO-FACIAL, QUE NECESSITEM DE AMBIENTE HOSPITALAR;
 - 9.2. TRATAMENTO CLÍNICO EXPERIMENTAL;
 - 9.3. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS PARA FINS EMINENTEMENTE ESTÉTICOS;
 - 9.4. TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO ODONTOLÓGICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
 - 9.5. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS, COMOÇÕES INTERNAS E EPIDEMIAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
 - 9.6. CONSULTAS DOMICILIARES;
 - 9.7. INTERNAÇÕES HOSPITALARES;
 - 9.8. NOVOS TRATAMENTOS E EXAMES QUE VENHAM A SER DESENVOLVIDOS E QUE NÃO CONSTITUAM PARTE DA PRÁTICA ATUAL;
 - 9.9. IMPLANTES, INCLUSIVE AS PROTESES DELE DECORRENTES, E TRANSPLANTES;
 - 9.10. METAIS PRECIOSOS;
 - 9.11. MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA;

Cláusula Décima

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 10.1. Fica desde já acordado que a **CONTRATANTE** aceitará eventuais restrições técnicas detectadas pela **CONTRATADA** que alterem individualmente o grau de cobertura pactuado, não devendo esta pagar, reembolsar ou ressarcir procedimentos comprovadamente danosos ou inócuos a determinado associado, mesmo que por decisão deste e fazendo parte de seu Plano de Benefícios.
- 10.2. Também fica acordado que os tratamentos para as idades superiores ou inferiores às constantes no quadro abaixo serão considerados cobertos tão somente quando submetidos à prévia aprovação da **CONTRATADA**, ou à prévia aprovação de profissional por ela indicado:

Aplicação tópica de fluor	16 anos (idade máxima)
Aplicação de selante	15 anos (idade máxima)



[Handwritten signature]

Sessão de condicionamento	02 anos (idade máxima)
Raspagem e curetagem sub-gengival	15 anos (idade mínima)
Cirurgias periodontais	15 anos (idade mínima)
Clareamento dental caseiro	15 anos (idade mínima)

- 10.3. Não será considerado para efeito de cobertura qualquer tipo de medicamento ou material de consumo de uso caseiro ou extra consultório.

Cláusula Décima Primeira
DAS CARÊNCIAS

11. Fica convencionado que para as coberturas dos planos **CONVENCIONAL** e **INTEGRAL** não será exigido o cumprimento de qualquer período de Carência. Para as coberturas dos Planos **SUPERIOR** e **MASTER**, a execução de procedimentos e/ou tratamentos de prótese e/ou ortodontia sofrerá a incidência de um período de Carência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da inscrição do Associado no respectivo Plano de Benefícios.

Cláusula Décima Segunda
DA RESPONSABILIDADE SOBRE OS ATENDIMENTOS

- 12.1. A **CONTRATADA** somente se responsabilizará pelo atendimento prestado pelos Prestadores integrantes de sua Rede Credenciada, sendo que as consultas e tratamentos de qualquer espécie realizados por Prestadores estranhos a este corpo clínico serão de integral responsabilidade do Associado, o que isenta a **CONTRATADA** do pagamento em duplicidade de reembolsos/ressarcimentos.
- 12.2. Caberá sempre aos Associados e seus Dependentes agendarem diretamente com os Prestadores integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA** horários para atendimento, com exceção das emergências e/ou urgências; uma vez marcado o horário, o não comparecimento do Associado ou Dependente sem aviso prévio de 24 (vinte e quatro) horas, obrigá-lo-á ao pagamento da consulta ao Prestador, sendo que o valor desta será apurado em conformidade com a T.P.N.C.

Cláusula Décima Terceira
DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO EM REDE CREDENCIADA

13. O procedimento de utilização dos serviços da Rede Credenciada dar-se-á através da identificação do Associado a um Prestador pertencente à Rede Credenciada, sendo de responsabilidade da **CONTRATADA** o repasse a esse Prestador dos procedimentos cobertos pelo Plano de Benefícios em que o Associado esteja inscrito e que tenham sido efetivamente neste último realizados.
- 13.1. Qualquer fraude em documento ou informação acarretará a imediata exclusão do Associado e seus Dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como não lhes assistindo direito à devolução de qualquer quantia paga.
- 13.2. Para que haja cobertura das despesas de atendimento odontológico havidos por Associados da **CONTRATANTE** estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por Prestadores integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, cabendo a estes últimos a responsabilidade pelo tratamento realizado.
- 13.2.1. Quando da impossibilidade de utilização pelo Associado inscrito em Plano de Benefício sem direito à Livre Escolha de Prestadores da Rede Credenciada da **CONTRATADA** por não haver Prestador na localidade em que aquele se encontra, a **CONTRATADA** procederá ao ressarcimento das despesas experimentadas pelo Associado de acordo com a Tabela Odontoprev T.P.R. (Anexo I).
- 13.2.1.1. O ressarcimento das despesas a que alude o presente subitem será efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias após a entrega à **CONTRATADA**, pela **CONTRATANTE**, da seguinte documentação:
- 13.2.1.1.1. via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais), o qual não será devolvido ao Associado;
- 13.2.1.1.2. relatório do odontologista assistente indicando a patologia e o procedimento adotado; e



[Handwritten signature]

13.2.1.1.3. declaração do odontologista assistente especificando a razão da emergência/urgência, quando for o caso.

13.2.2. Quando da utilização do benefício em localidade onde a **CONTRATADA** não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados, especificamente relacionados na Tabela Odontoprev (Anexo I), a **CONTRATADA** procederá ao ressarcimento das despesas experimentadas pelo Associado e/ou pelo seu Dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela Odontoprev de Procedimentos de Ressarcimento - T.P.R. (Anexo I) e as regras e exigências discriminadas no verso do Formulário de Requisição de Reembolso (Anexo II), desde já considerado como parte integrante deste Contrato, referida no subitem 13.2.1. supra, no prazo previsto no subitem 13.2.1.1. e mediante a apresentação dos documentos relacionados nos subitens 13.2.1.1.1. e 13.2.1.1.2., além dos seguintes documentos:

13.2.2.1. Formulário de Requisição de Reembolso - FRR (Anexo II), devidamente preenchido e assinado pelo odontologista assistente, segundo as normas descritas em seu verso, e

13.2.2.2. Em qualquer caso, os documentos acima deverão sempre estar acompanhados das radiografias iniciais e finais de todos os tratamentos e procedimentos efetuados, desde que visualizáveis radiograficamente.

13.3. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação à **CONTRATANTE** para a correta utilização dos Planos de Benefícios contratados.

13.4. A **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer, plenamente, os membros do grupo associável, no ato de sua adesão, sobre as condições de utilização dos Planos de Benefícios ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

13.5. Os atendimentos de emergência e/ou urgência dar-se-ão imediatamente, sem necessidade de marcação de horário, em qualquer dos Prestadores integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, desde que o Associado esteja portando a identificação prevista neste Contrato.

Cláusula Décima Quarta

DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO EM LIVRE ESCOLHA

14. O Associado inscrito em Plano de Benefícios com direito à utilização de Prestadores não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA** poderão solicitar reembolso das despesas havidas, observando-se os limites do respectivo Plano de Benefícios, ficando a tal Associado preservado o igual direito de utilização dos Prestadores integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA**.

14.1. Qualquer fraude em documento ou informação acarretará a imediata exclusão do Associado e de seus respectivos Dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como não lhes assistindo direito à devolução de qualquer quantia paga.

14.2. O reembolso das despesas a que alude o presente subitem será efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** da seguinte documentação:

14.2.1. Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou entidade não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais), via esta que não será devolvida ao Associado;

14.2.2. Formulário de Requisição de Reembolso - FRR, devidamente preenchido e assinado pelo odontologista assistente, segundo as normas descritas no verso deste, e

14.2.3. Em qualquer caso, os documentos acima deverão sempre estar acompanhados das radiografias iniciais e finais de todos os tratamentos e dos procedimentos efetuados, desde que visualizáveis radiograficamente.

14.2.4. Quando da utilização do Plano de Benefícios, a **CONTRATADA** procederá o reembolso das despesas efetuadas pelo Associado Titular e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela Odontoprev - T.P.R.E. (Anexo I) e as regras e exigências discriminadas no verso do Formulário de Requisição de Reembolso - FRR (Anexo II), desde já considerado como parte integrante deste contrato.



[Handwritten signature]

- 14.3. A **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer, plenamente, o seu Grupo Associável, no ato da adesão, sobre as condições de utilização dos Planos de Benefícios ora adquiridos, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.
- 14.4. É vedado ao Associado utilizar-se de uma ou mais coberturas do Plano de Benefícios, em um ou mais Prestadores, em seu nome ou em nome de outra pessoa, seja como titular ou dependente, de reembolso de despesas provenientes do mesmo evento.

Cláusula Décima Quinta
DA REMUNERAÇÃO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 15.1. A **CONTRATANTE** será sempre a única responsável perante a **CONTRATADA** pelo pagamento dos Planos de Benefícios ora contratados, conforme estabelecido nas Condições Especiais.
- 15.2. A Contribuição mensal *per capita* estabelecida nas Condições Especiais deste Contrato será cobrada pelo sistema de pré-pagamento.
- 15.3. A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o montante mensalmente apurado multiplicando-se o número de Associados inscritos pela **CONTRATANTE** no banco de dados da **CONTRATADA** em cada um dos Planos de Benefícios por aquela adquiridos pelo respectivo valor *per capita* vigente naquele mesmo mês considerado.
- 15.4. Os parâmetros de reajuste das taxas a que refere o subitem 15.3., desta Cláusula, constarão das Condições Especiais deste Contrato.
- 15.5. Os reajustes da Contribuição Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei n.º 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.
- 15.6. Além da modalidade de reajuste estipulada no subitem anterior, fica pactuado que as Contribuições Mensais sofrerão, ainda, mais as seguintes majorações, apuradas semestralmente:
- 15.6.1. Aumento decorrente da impactação na estrutura de custo da **CONTRATADA** de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos; ou de novos procedimentos inseridos na odontologia ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; avanços tecnológicos do setor, além daqueles advindos de mudança de legislação com repercussão financeira e no aumento da sinistralidade.
- 15.7. O valor da remuneração contratual será discriminado em Fatura emitida mensalmente, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.
- 15.8. A quitação das Faturas deverá ser efetuada conforme definição nas Condições Especiais anexas ao presente Contrato.
- 15.8.1. Em caso de atraso na liquidação, a **CONTRATANTE** deverá pagar uma multa moratória de 10% (dez por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.
- 15.9. As partes contratantes pactuam que, caso a alíquota do Imposto Sobre Serviços - ISS, COFINS, PIS ou outros impostos ou encargos que vierem a ser criados, incidentes sobre a operação de Planos de Benefícios objeto do presente Contrato seja superior à alíquota em vigor na data deste Contrato, a **CONTRATANTE** arcará com o pagamento da diferença de valores.
- 15.10. Havendo ressarcimento de custos à **CONTRATADA**, de responsabilidade da **CONTRATANTE** e/ou de seus Associados, decorrentes de Planos de Benefício com co-participação, todos os tributos e/ou encargos devidos, bem como o percentual médio correspondente ao custo de cada tratamento realizado serão suportados exclusivamente pela **CONTRATANTE**.

Cláusula Décima Sexta
DAS ALTERAÇÕES DE REDE CREDENCIADA



16. A **CONTRATADA** tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de Prestadores integrantes de sua Rede Credenciada, modificações estas que deverão ser comunicadas por escrito à **CONTRATANTE**.

Cláusula Décima Sétima
DA VALIDADE E DO CANCELAMENTO

17. O prazo de validade deste contrato é de 36 (trinta e seis) meses renováveis automática e sucessivamente, desde que nenhuma das partes denuncie este desejo por escrito com uma antecedência de 90 (noventa) dias do término de sua vigência, ou de suas renovações, ou mesmo ser rescindido de imediato, independentemente de qualquer aviso e/ou notificação, judicial ou extrajudicial, no eventual descumprimento das cláusulas e condições nele contidas por uma das partes.

17.1. O cancelamento deste Contrato por parte da **CONTRATANTE** antes do término do período vigente, sem que haja descumprimento pela **CONTRATADA** das cláusulas nele contidas, bem como o atraso no pagamento de 02 (duas) Faturas ou mais, acarretará o pagamento de multa no valor da última contraprestação paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, multiplicado pelo número de meses restantes contados da data da solicitação do cancelamento até a data de término do referido período em vigor.

17.2. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o contrato pelo prazo mencionado no item 17., a **CONTRATADA** não iniciará novos tratamentos, utilizando este lapso temporal para encerrar os tratamentos já iniciados em sua Rede Credenciada, assegurando-se atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência.

17.3. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Associado que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato e na correspondência que complementarmente vier a ser trocada entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** nesse sentido.

17.4. Modificações das Cláusulas deste Contrato serão admitidas por aditivos que, assinados por ambas as partes, passarão a fazer parte integrante deste Contrato.

17.5. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes.

17.6. A não execução imediata de qualquer dos direitos previstos no presente Contrato, por qualquer das partes, não será entendida como transação, renovação e/ou renúncia de direitos, mas apenas e não somente como ato de tolerância.

17.7. Não será permitido à **CONTRATANTE**, durante a vigência do presente Contrato, contratar um novo Plano Odontológico com outra Operadora para os seus Beneficiários.

Cláusula Décima Oitava
DA ABRANGÊNCIA

18. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é o Território Nacional.

Cláusula Décima Nona
DO FORO

19. Fica eleito o Fórum Central da Comarca da Capital do Estado de São Paulo com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas deste Contrato.

E, por estarem justas e contratadas, assinam as partes o presente Contrato em suas Condições Especiais, em tantas vias quantas especificadas e na presença das testemunhas indicadas também nas Condições Especiais, rubricando todas as folhas destas Condições Gerais e dos Anexos ao presente.



[Handwritten signatures]

Anexo I

“ Tabela Odontoprev de Procedimentos Cobertos, Não Cobertos,
Reembolso e Ressarcimento”

**Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde
Plano Odontológico**



Handwritten signature and the number 4.

**TABELAS ODONTOPREV DE PROCEDIMENTOS
COBERTOS, NÃO COBERTOS, REEMBOLSO E RESSARCIMENTO**

T.P.C. - T.P.N.C. - T.P.R.E. - T.P.R.	TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS E NÃO COBERTOS T.P.C. / T.P.N.C.		TABELA DE PROCEDIMENTOS DE REEMBOLSO E RESSARCIMENTO T.P.R.E. / T.P.R.		Lei nº 9.656 RN 9 (atualizado com a RN 154) ARTIGO / ITEM
	CODIGO DO EVENTO	QUANTIDADE DE CC PARA REDE	QUANTIDADE DE UNO PARA REEMBOLSO E RESSARCIMENTO	PRAZO PARA RECONFERENÇA	
DESCRIÇÃO DO EVENTO					
TRATAMENTO AMBULATORIAL/DIAGNÓSTICO					
Consulta	00.001	29,16	29,16		Art.2º / I
Exame histopatológico	00.005	210,00	210,00		Anexo I (RN 154)
EMERGÊNCIA					
Exodontia de Emergência	01.001	39,08	39,08		
Pericoronarite	01.002	39,08	39,08		
Lesão de Tecido Mole	01.003	39,08	39,08		
Colagem de fragmentos (consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo)	01.004	39,08	39,08		Art.3º / VI
Curativo em caso de hemorragia bucal após extração (consiste na aplicação de hemostático e sutura no alvéolo dentário)	01.005	39,08	39,08		Art.3º / I
Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose (consiste na abertura da câmara pulpar e remoção da pulpa, obstrução endodôntica ou núcleo existente)	01.006	39,08	39,08		Art.3º / II
Imobilização dental temporária (procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocada por trauma)	01.007	39,08	39,08		Art.5º / III
Recimentação de peça protética (consiste na recolocação da peça protética)	01.008	39,08	39,08		Art.3º / IV
Tratamento de alveólite (consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário)	01.009	39,08	39,08		Art.3º / V
Incisão e drenagem de abscesso extra oral (consiste em fazer uma incisão na face e posterior drenagem do abscesso)	01.010	39,08	39,08		Art.5º / VII
Incisão e drenagem de abscesso intra oral (consiste em fazer uma incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso)	01.011	39,08	39,08		Art.3º / VIII
Reimplante de dente avulsionado (consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização)	01.012	39,08	39,08		Art.3º / IX
Curativo Provisório	01.013	39,08	39,08		
Emergência Inespecífica	01.015	39,08	39,08		
ODONTOLOGIA LEGAL					
Perícia Inicial / Final	02.001	29,16	29,16		
DENTÍSTICA					
Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	03.001	57,30	47,80	2 anos	Art.6º / I,II
Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	03.002	69,90	58,33	2 anos	Art.6º / II
Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	03.003	81,80	68,24	2 anos	Art.6º / III
Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	03.004	93,70	78,16	2 anos	Art.6º / IV
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	03.005	57,30	47,80	2 anos	Art.6º / I-VII
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	03.006	61,60	50,00	2 anos	Art.6º / II
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	03.007	107,00	89,20	2 anos	Art.6º / III-IV-V
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face	03.008	58,50	48,80	2 anos	Art.6º / I-VII
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces	03.009	65,40	53,20	2 anos	Art.6º / II
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces	03.010	112,30	93,60	2 anos	Art.6º / III-IV
Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento	03.011	39,08	32,63	2 anos	Art.6º / I-VII
Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento	03.012	58,33	48,70	2 anos	Art.6º / II
Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento	03.013	68,24	56,98	2 anos	Art.6º / III-IV-V
Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V	03.014	34,99	34,99	2 anos	Art.6º / I-II-VII
Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 1 Face	03.015	57,30	47,80	2 anos	Art.6º / I-VII
Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 faces	03.016	69,90	58,33	2 anos	Art.6º / II-III
Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 faces	03.017	81,80	68,24	2 anos	Art.6º / III-IV
Capelamento Pulpar Direto	03.018	19,83	19,83		Anexo I (RN 154)
Faceta Direta em Resina Fotoativada - Dente Anterior	03.019	217,00	178,40	5 anos	Anexo I (RN 154)
Restauração a Fio	03.020	114,60	95,89	2 anos	Art.6º / VI
Consulta para Técnica de Clareamento Caseiro	03.022	172,00	172,00	1 ano	
Ajuste Oclusal por Arcada	03.023	29,16	29,16		Anexo I (RN 154)
Remoção de Restaurações Metálicas e Córreas	03.024	42,00	42,00		
Núcleos de preenchimento para restaurações	03.025	112,30	93,60	2 anos	Anexo I (RN 154)
Fechamento de Diastemas	03.026	160,90	133,80		
ODONTOPEDIATRIA					
Aplicação de Selante - por dente	04.001	19,83	19,83	1 ano	Art.5º / IV
Aplicação de Carbolístico - por dente	04.003	19,83	19,83	6 meses	Anexo I (RN 154)
Remineralização de Esmalte por Sessão - Boca toda	04.004	14,00	14,00	6 meses	
Adequação do meio bucal - Boca toda	04.005	19,83	19,83	1 ano	Anexo I (RN 154)
Sessão de Condicionamento em Odontopediatria	04.006	29,16	29,16		
Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	04.007	57,30	47,80	2 anos	Art.6º / I-VII
Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	04.008	69,90	58,33	2 anos	Art.6º / II
Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	04.009	81,80	68,24	2 anos	Art.6º / III
Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	04.010	93,70	78,16	2 anos	Art.6º / IV
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	04.011	57,30	47,80	2 anos	Art.6º / I-VII
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	04.012	61,60	50,00	2 anos	Art.6º / II
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	04.013	107,00	89,20	2 anos	Art.6º / III-IV-V



42

Restauração Resina Fotopolimerizável com Ferramento Dente Posterior 1 Face	04.014	58,50	48,60	2 anos	Art 6º / I-VII
Restauração Resina Fotopolimerizável com Ferramento Dente Posterior 2 Faces	04.015	85,40	71,20	2 anos	Art 6º / II
Restauração Resina Fotopolimerizável com Ferramento Dente Posterior 3 Faces	04.016	112,30	93,60	2 anos	Art 6º / III-IV
Restauração em Resina Composta de 1 Face com Ferramento	04.017	39,08	39,08	2 anos	Art 6º / I-VII
Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Ferramento	04.018	58,33	58,33	2 anos	Art 6º / II
Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Ferramento	04.019	68,24	68,24	2 anos	Art 6º / III-IV-V
Restauração em Silicato com Ferramento Classes III e V	04.020	34,99	34,99	1 ano	Art 5º / I-IV-VI
Restauração em Ionômero de Vidro 1 com Ferramento de 1 Face	04.021	57,30	47,60	1 ano	Art 6º / I-VII
Restauração em Ionômero de Vidro com Ferramento 2 Faces	04.022	65,90	58,33	1 ano	Art 6º / II-III
Restauração em Ionômero de Vidro com Ferramento 3 Faces	04.023	81,80	68,24	1 ano	Art 6º / III-IV
Restauração Preventiva (ionômero + selante)	04.024	107,00	89,20	2 anos	
Copa de Aço	04.025	300,00	300,00	1 ano	
Pulpotomia	04.026	91,00	91,00		Art 5º / I
Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo	04.027	140,60	117,20	6 meses	Art 9º / VIII
Olotomia	04.028	30,86	30,86	6 meses	Art 9º / XXVI-XXXV:II
Exodontia Simples de Dentes Decíduos	04.029	46,66	46,66		Art 9º / XVII-XIX
Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel), sem cobrança da manutenção mensal	04.031	362,66	192,21	1 ano	
RADIOLOGIA					
Radiografia Intra Oral Periapical (unidade)	06.013	9,91	9,91		Art 4º / I
Radiografia Intra Oral Interproximal (unidade)	06.014	11,66	11,66		Art 4º / II
Radiografia Intra Oral Oclusal (unidade)	06.015	23,33	23,33		Art 4º / III
RADIOLOGIA - INSTITUTOS DE RADIOLOGIA					
Documentação Ortodôntica Básica (panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos ortodônticos, análise de modelos, caixa para modelos e pasta)	06.001	250,00	90,00		
Documentação Ortodôntica Completa (documentação ortodôntica básica mais fotos(2 extra, 3 intra bucais e perfil) OU slides (máximo de 7), estudo do espaço nasofaríngeo, análise cefalométrica para a discrepância de modelos.	06.002	340,00	319,15		
Documentação Ortodôntica Especial (documentação ortodôntica completa mais telerradiografia frontal, traçado frontal e análise de erupção de 2º molares)	06.003	465,00	319,15		
Documentação Ortopédica - panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de modelos, caixa pl modelos, pasta, mão e punho (índice capal), fotos(2 extra, 3 intra bucais, perfil e laterabilidade) OU slides (máximo 9).	06.004	465,00	159,00		
Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximal, fotos - 2 extra e 3 intra bucais - , modelos, caixa para modelos e pasta.	06.005	625,00	159,00		
Radiografia Panorâmica sem Traçado	06.006	85,00	85,00		
Radiografia Panorâmica com Traçado	06.007	115,00	95,74		
Radiografia Panorâmica + Modelos Ortodônticos	06.008	190,00	129,74		
Telerradiografia sem traçado	06.009	100,00	95,74		
Telerradiografia com traçado	06.010	180,00	95,74		
Telerradiografia frontal sem traçado	06.011	100,00	95,74		
Telerradiografia Frontal com Traçado	06.012	150,00	95,74		
Radiografia Intra Oral Periapical (unidade)	06.049	25,00	9,91		Art 4º / I
Radiografia Intra Oral Interproximal (unidade)	06.050	25,00	11,66		Art 4º / II
Radiografia Intra Oral Oclusal (unidade)	06.051	87,00	23,33		Art 4º / III
Levantamento Periapical - Boca Toda	06.016	275,00	138,30		Art 4º / I-II
Técnicas de Localização	06.017	95,00	95,00		
Radiografia Mão e Punho	06.018	525,00	42,00		
Traçado - Rick, Bialer, Macnamara	06.019	50,00	32,00		
Discrepância de modelos	06.020	40,00	25,00		
Fotografia ou Slide (cada)	06.021	20,00	11,00		
Modelos Ortodônticos	06.022	125,00	48,00		
Modelos de Trabalho	06.023	90,00	34,00		
ATM-convencional (6 posições-transfacial/transcraniana)	06.024	240,00	95,74		
ATM-convencional (3 posições-transfacial)	06.025	170,00	95,74		
ATM- Convencional (3 posições-transcraniana)	06.026	170,00	95,74		
ATM-Tomografia Lateral - 2 posições/4 cortes - direita e esquerda boca aberta e fechada	06.027	250,00	95,74		
ATM-Tomografia Lateral - 1 posição/6 cortes - ext. centr. e medianos dos condílios	06.028	250,00	95,74		
ATM e Ramo - Tomografia Lateral (1 posição/2 cortes - direita e esquerda boca aberta e fechada)	06.029	250,00	95,74		
ATM-Tomografia Pôstero Lateral (1 posição/2 cortes - direita e esquerda)	06.030	250,00	95,74		
ATM-Tomografia Pôstero Anterior (2 posições/4 cortes - direita e esquerda boca aberta e fechada)	06.031	250,00	95,74		
ATM- Tomografia Pôstero Anterior (1 posição/6 cortes - direita e esquerda)	06.032	250,00	95,74		
Radiografia Panorâmica Especial para ATM	06.033	400,00	95,74		
Tomografia de Localização - 1 dente ou 1 área	06.034	450,00	162,00		
Tomografia de Localização - 2 dentes ou 2 áreas	06.035	640,00	194,00		
Tomografia de Localização-3 dentes ou 3 áreas	06.036	800,00	216,00		
Tomografia de Localização- Hemiarco	06.037	1000,00	240,00		
Tomografia - 1 arco completo	06.038	1150,00	300,00		
Tomografia - 2 arcos completos	06.039	1350,00	324,00		
PREVENÇÃO					
Profissaxia por Arca	07.001	32,40	32,40	6 meses	Art 5º / V
Orientação da Higiene Bucal (técnica de escovação)	07.002	35,00	35,00	6 meses	Art 5º / I-II
Controle de Placa Bacteriana (por sessão) índice de placa e índice de sangramento	07.003	40,43	40,43	6 meses	Art 5º / I-II
Aplic. Tópica de Flúor-Toda Boca (Até 15 anos)	07.004	69,99	69,99	6 meses	Art 5º / II
Teste de risco de cárie - Contagem de S. mutans	07.005	29,16	29,16	6 meses	



[Handwritten signature]

Teste de risco de cárie - Fluxo salivar e Capacidade Tampão	07.006	29,16	29,16	6 meses	
Aplicação de Selante - por dente	07.007	19,83	19,83	1 ano	Art. 5º / IV
Controle Periódico de Tratamento Preventivo	07.008	29,16	29,16		
TRATAMENTO PERIODONTAL					
Consulta de periodontia para determinação de índice de sangramento, de placa (Silness e Loe) e preenchimento de periograma	08.001	29,16	29,16		
Remoção de Fatores de Retenção	08.002	63,62	63,62	1 ano	
Raspagem por Arcada (Manual e/ou Ultra-son) com Profilaxia (tratamento não cirúrgico de periodontite leve - bolsas até 4mm)	08.003	55,10	55,10	6 meses	Art. 7º / II
Curetagem Sub-Gengival por Arcada com Polimento (tratamento não cirúrgico de periodontite avançada - bolsas acima de 4mm-comprovação radiográfica de perda óssea)	08.004	76,47	76,47	6 meses	Art. 7º / III
Imobilização Dentária - 3 dentes -	08.005	79,91	79,91	1 ano	Art. 7º / IV
Dessensibilização Dentinária - por hemiarco	08.006	48,99	48,99	1 ano	
Preservação Pré-cirúrgica	08.007	57,30	57,30	1 ano	
Tratamento de Abscesso Periodontal	08.008	39,08	39,08	6 meses	
Cirurgia Periodontal e Retalho, com Osteotomia/Osteoplastia, por Hemiarco	08.009	130,65	130,65	6 meses	Anexo I (RN 154)
Enxerto Gengival - por Elemento	08.010	87,49	87,49	6 meses	
Retalho Deslizante - por Elemento	08.011	87,49	87,49	6 meses	
Manutenção de tratamento periodontal	08.012	32,40	32,40	3 meses	
Aumento da Coroa Clínica (por elemento)	08.013	139,00	139,00	6 meses	Anexo I (RN 154)
Gengivectomia / gengivoplastia por hemi arco (4 elementos ou mais)	08.014	139,00	139,00	6 meses	Anexo I (RN 154)
Gengivectomia / gengivoplastia por elemento (lançamento individual até 3 elementos)	08.015	34,75	34,75	6 meses	Anexo I (RN 154)
Sepultamento Radicular	08.016	142,00	142,00		Anexo I (RN 154)
TRATAMENTOS CIRÚRGICOS					
Exodontia simples	09.001	46,66	46,66		Art. 9º XXVI-XIX
Exodontia de Raiz Residual	09.002	58,33	58,33		Art. 9º / XVII
Exodontia de Dente Semi-Incluído	09.003	233,30	233,30		Art. 9º / XXV
Exodontia de Dente Incluído/Impactado	09.004	373,30	373,30		Art. 9º / XXV
Exodontia com finalidade ortodôntica	09.005	56,66	46,66		Art. 9º / XVII
Exodontia a retalho	09.009	72,91	72,91		Art. 9º / XVII
Remoção de Hiperplasias	09.010	46,66	46,66	6 meses	
Biópsia da Cavidade Oral	09.011	46,66	46,66		Art. 9º / IX
Fronectomia Labial/Lingual	09.012	46,66	46,66		Art. 9º / XXII-XXIV
Enucleação de Cistos Periapicais ou Residuais (de origem endodôntica)	09.013	139,99	139,99		
Cirurgia para Remoção de Torus Palatino	09.014	116,65	116,65		Art. 9º / X-XI-XII
Cirurgia para Remoção de Torus Mandibular	09.015	116,65	116,65		Art. 9º / X-XI-XII
Oleotomia	09.018	30,86	30,86		Anexo I (RN 154)
Cunha Distal	09.017	30,86	30,86		Art. 9º / XXVII-XXVIII
Alveoplastia / Osteoplastia	09.018	112,35	112,35		Anexo I (RN 154)
Cirurgia para Correção de Brides Musculares	09.019	217,00	217,00		Art. 9º / XIII
Apicectomia Unirradicular sem/sem Obturações Retrógradas	09.020	163,31	163,31		Art. 9º / IV-V
Apicectomia Multirradicular sem/sem Obturações Retrógradas	09.021	186,65	186,65		Art. 9º / III-IV-V-VII
Amputação Radicular Sem Obturações Retrógradas - Por Raiz	09.022	211,94	211,94		
Amputação Radicular Com Obturações Retrógradas - Por Raiz	09.023	226,14	226,14		
Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Cruenta	09.024	825,00	540,00		Anexo I (RN 154)
Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Incruenta	09.025	700,00	300,00		Anexo I (RN 154)
Excisão de Mucocela	09.026	196,00	196,00		Art. 9º / XIV
Excisão de Rínula	09.027	848,00	848,00		Art. 9º / XV
Cirurgia de Tumor Odontogênico Misto Intra-ósseo (Odontoma e Osteoma) e Tecidos Moles da Boca	09.028	365,00	365,00		Art. 9º / XXI
Tratamento/Cirurgia de Cisto de Desenvolvimento - Enucleação	09.029	410,00	410,00		Art. 9º / XXII
Tratamento/Cirurgia de Cisto - Marsupialização e Enucleação Final (incluindo valor o 2º ato cirúrgico)	09.030	470,00	470,00		Art. 9º / I
Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	09.031	440,00	440,00		
Cirurgia a retalho / enxerto alógeno	09.032	250,00	250,00		
Odorito-secção (por elemento)	09.033	142,00	142,00		Anexo I (RN 154)
Cirurgia de Aprofundamento de Sulco	09.034	116,65	116,65		Art. 9º / XXVI
Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica (inclui colagem do braquete)	09.036	373,30	373,30		
Redução de tuberosidade	09.037	116,65	116,65		Anexo I (RN 154)
Remoção de cálculo salivar	09.038	46,66	46,66		
Ulotomia	09.041	30,26	30,26		Anexo I (RN 154)
Exodontia Simples de 3º Molar	09.042	46,66	46,66		
Exodontia Simples de dente Supranumerário Superior Direito	09.043	46,66	46,66		
Exodontia Simples de dente Supranumerário Superior Esquerdo	09.044	46,66	46,66		
Exodontia Simples de dente Supranumerário Inferior Direito	09.045	46,66	46,66		
Exodontia Simples de dente Supranumerário Inferior Esquerdo	09.046	46,66	46,66		
Exodontia de dente Semi-Incluído Supranumerário Superior Direito	09.047	233,30	233,30		
Exodontia de dente Semi-Incluído Supranumerário Superior Esquerdo	09.048	233,30	233,30		
Exodontia de dente Semi-Incluído Supranumerário Inferior Direito	09.049	233,30	233,30		
Exodontia de dente Semi-Incluído Supranumerário Inferior Esquerdo	09.050	233,30	233,30		
Exodontia de dente Supranumerário Incluído Superior Direito	09.051	373,30	373,30		
Exodontia de dente Supranumerário Incluído Superior Esquerdo	09.052	373,30	373,30		
Exodontia de dente Supranumerário Incluído Inferior Direito	09.053	373,30	373,30		
Exodontia de dente Supranumerário Incluído Inferior Esquerdo	09.054	373,30	373,30		
Consulta para semiologia	09.055	29,16	29,16		
TRATAMENTO ENDODÔNTICO					
Tratamento Endodôntico Unirradicular	10.001	241,40	201,20	3 anos	Art. 8º / IV
Tratamento Endodôntico Birradicular	10.002	346,40	289,70	3 anos	Art. 8º / IV
Tratamento Endodôntico com 3 ou mais canais	10.003	472,40	393,70	3 anos	Art. 8º / VI-VII
Clareamento Dental (dente desvitalizado)	10.005	58,33	58,33	2 anos	
Tratamento de rizogênese incompleta	10.006	62,79	62,79		Anexo I (RN 154)
Tratamento de parturção endodôntica	10.007	86,50	86,50		Anexo I (RN 154)
Troca de medicação intra-canal	10.008	62,79	62,79		
Pulpotomia	10.010	91,00	91,00		Art. 8º / II
Tratamento Endodôntico de Dente Deciduo	10.011	140,60	117,20	6 meses	Art. 8º / V, II
Preparo para Núcleo Intra-radicular (por elemento)	10.012	39,00	39,00		



Handwritten signature and initials, including a large '4' at the bottom right.

Retratamento Endodôntico Unirradicular (inclui a desobturação, instrumentação e obturação)	10.013	327,00	287,00	3 anos	Art. 6º / II-IX
Retratamento Endodôntico Bिरradicular (inclui desobturação, instrumentação e obturação)	10.014	519,40	461,70	3 anos	Art. 6º / II-IX
Retratamento Endodôntico com 3 ou mais canais (inclui desobturação, instrumentação e obturação)	10.015	731,90	653,20	3 anos	Art. 6º / II-IX
Remoção de Núcleo Intra-radicular	10.016	67,00	67,00		Art. 6º / III
TRATAMENTOS PROTÉTICOS					
Coroa Provisória	20.001	154,32	78,16		
Núcleo Metálico Fundido	20.002	234,27	145,81	5 anos	
Núcleo de Preenchimento para tratamentos protéticos	20.003	145,81	145,81	5 anos	
Restauração Metálica Fundida	20.004	335,28	239,13	5 anos	
Coroa Total Metálica	20.005	462,86	316,71	5 anos	
Coroa de Jaqueta Acrílica	20.009	358,60	243,22	5 anos	
Coroa Vetter (faceta em resina)	20.010	637,15	412,38	5 anos	
Coroa metaloplástica	20.011	711,21	437,44	5 anos	
Elemento de Prótese Fixa Metal-plástica	20.013	711,21	437,44	5 anos	
Coroa Oca de Porcelana	20.014	1922,68	476,53	5 anos	
Coroa Metal-cerâmica	20.016	1079,41	583,26	5 anos	
Elemento de Prótese Fixa Metal-cerâmica	20.017	1089,33	593,18	5 anos	
Inlay / Onlay de Porcelana	20.018	1053,46	476,53	5 anos	
Inlay/Onlay em Resina	20.019	692,31	314,51	4 anos	
Laminado de Porcelana	20.020	1053,46	476,53	5 anos	
Laminado em resina	20.021	692,31	314,51	5 anos	
Prótese Adesiva de 3 Elementos, infra estrutura metálica e recobrimento em cerâmicas	20.022	1307,99	734,91	5 anos	
Prótese Adesiva de 3 Elementos, infra estrutura metálica e recobrimento em resina	20.023	1046,39	587,93	5 anos	
Prótese Parcial Removível Provisória	20.027	631,56	231,56	5 anos	
Prótese Parcial Removível a Grampo	20.028	1341,11	474,19	5 anos	
Prótese Parcial Removível a Attachment	20.029	1350,00	496,00	5 anos	
Prótese Total Móvel	20.030	1165,10	593,18	5 anos	
Prótese Total Incolor	20.031	1279,65	692,34	5 anos	
Prótese Total Imediata	20.032	993,18	593,18	5 anos	
Prótese pelo sistema CBW	20.033	1307,99	734,91	5 anos	
Reembasamento	20.034	387,12	194,81	5 anos	
Consertos Simples	20.035	173,71	58,33	5 anos	
Placa de Acetato para Clareamento Caseiro (por Arcada)	20.036	235,00	60,00	3 anos	
Placa de Mordida em Acrílico / Silicone (Bruzismo ou Noturno)	20.037	435,44	231,55	1 ano	
Acompanhamento de uso de placa de mordida para disfunção de ATM, por sessão	20.038	29,16	29,16		
Coroa 4/5	20.039	385,28	239,13	5 anos	
Pino de retenção intra radicular rosqueável ou não (tipo flexi post)	20.041	234,27	145,81	5 anos	
Coroa em cerômero metal free	20.042	850,00	459,29	5 anos	
Elemento de Prótese Fixa em Cerômero Metal Free	20.043	850,00	459,29	5 anos	
Prótese Adesiva de 3 elementos em cerômero metal-free, com ou sem reforço em tira de fibra de vidro	20.044	2516,93	1414,17	5 anos	
Laminado em cerômero	20.045	829,56	375,24	5 anos	
Inlay/Onlay de Cerômero	20.046	829,56	375,24	5 anos	
Elemento de Prótese Fixa com metal e cerômero	20.047	857,31	467,10	5 anos	
Coroa in ceran (metal free)	20.048	1079,41	583,26	5 anos	
Elemento de Prótese Fixa InCeran (metal free)	20.049	1089,33	593,18	5 anos	
Coroa em metal com cerômero	20.050	850,00	459,29	5 anos	
TRATAMENTOS ORTODÔNTICOS CORRETIVOS, PREVENTIVOS E INTERCEPTIVOS					
Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Oral por Arcada (bracket metálico)	30.001	0,00	1427,17		
Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Parcial por Arcada (bracket metálico)	30.002	0,00	982,79		
Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel)	30.003	0,00	192,21		
Ortodontia Móvel / Placa de Mordida Ortodôntica	30.004	0,00	380,00		
Ortodontia Móvel / Plano Inclinado (Individual ou Múltiplo)	30.005	0,00	406,31		
Ortodontia Móvel / Aparelho Para Correção de Deglutição - Banda / Grade	30.006	0,00	629,93		
Ortodontia Móvel / Placa Para Correção de Deglutição Removível	30.007	0,00	503,13		
Ortodontia Fixa / Arco Lingual de Nance	30.008	0,00	323,52		
Ortodontia Móvel / Placa de Hawley	30.009	0,00	525,35		
Arco Vestibular de Bumper	30.010	0,00	477,68		
Ortodontia Móvel / Aparelho Extra Oral	30.011	0,00	827,85		
Mentoneira	30.012	0,00	629,93		
Ortodontia Fixa / Quadrilice	30.013	0,00	837,37		
Ortodontia Fixa / Disjuntor de Maxila (Hyrax, Hass, McNamara)	30.014	0,00	970,59		
Ortodontia Fixa / Barra Palatina	30.015	0,00	323,52		
Ortodontia Fixa / Botão de Nance	30.018	0,00	323,52		
Ortodontia Fixa / Distal Jet	30.017	0,00	629,93		
Ortodontia Fixa / Pendex - Pendulum	30.019	0,00	406,31		
Ortodontia Fixa / Jones Jig	30.019	0,00	629,93		
Ortodontia Fixa / Distalizador com mola de titânio	30.020	0,00	827,37		
Ortodontia Fixa / Gianelly	30.021	0,00	629,93		
Ortodontia Fixa / Plano anterior fixo	30.022	0,00	406,31		
Ortodontia Fixa / Contenção fixa inferior (3/3)	30.023	0,00	220,00		
Ortodontia Móvel / Placa com expansor	30.024	0,00	629,93		
Ortodontia Móvel / Placa com reeducador de língua	30.025	0,00	629,93		
Ortodontia Móvel / Placa centrínea (montagem de modelos articulado, com posição de oclusão em centríca; usada por 3/4 meses, antes da instalação do aparelho ortodôntico)	30.026	0,00	380,00		
Ortodontia Móvel / Placa para verificação de caninos	30.027	0,00	629,93		
Ortodontia Móvel / Placa para distalizar 7/7	30.028	0,00	629,93		
Ortodontia Móvel / Protetor de silicone	30.029	0,00	380,00		
Ortodontia Móvel / Recuperador de espaço	30.030	0,00	192,21		
Ortodontia Móvel / Redutor de espaço	30.031	0,00	192,21		
Placa Língua Ativa	30.033	0,00	323,50		



Handwritten signature and initials on the right side of the page.

Manutenção Mensal de Ortodontia/Ortopedia	30.035	307,70	121,25	
Consulta para tratamento de Ortodontia / Ortopedia	30.036	29,15	29,16	
Manutenção trimestral de contenção (sup / inf - fixa ou móvel)	30.041	307,70	121,25	
ORTOPEDIA FUNCIONAL				
Binter (Valor para as 2 Arcadas)	40.001	0,00	1427,17	
Planas (valor para as duas arcadas)	40.002	0,00	1427,17	
Frankel (valor para as duas arcadas)	40.003	0,00	1665,22	
Bionator de Batters (valor para as duas arcadas)	40.004	0,00	1427,17	
Máscara Delaire / Petite	40.005	0,00	827,85	
Mentonreira	40.006	0,00	629,93	
Mentonreira de tração reversa	40.007	0,00	629,93	
Aparelho extra-oral	40.008	0,00	827,85	
Equilibrador de Planas com tubos telescópicos	40.009	0,00	1427,17	
Herbst (valor para as 2 arcadas)	40.010	0,00	1665,22	
Klammt (valor para as 2 arcadas)	40.011	0,00	1427,17	
Placas duplas para avanço	40.012	0,00	1427,17	
Aparelhos SN (SN1 - SN2 - SN3 - SN4 - SN5 - SN6 - SN7)	40.013	0,00	1427,17	
Splitter	40.014	0,00	1427,17	
Twin Block	40.015	0,00	1427,17	
Monobloco	40.016	0,00	1427,17	
Manutenção Mensal de Ortodontia/Ortopedia	30.035	307,70	121,25	

Relação dos preços expressos em quantidade de UO's para reconfeção de aparelhos ortodônticos e ortopédicos corretivos, preventivos e interceptivos	Valor de UO para escudo R\$0,40	
TRATAMENTOS ORTODONTICOS CORRETIVOS, PREVENTIVOS E INTERCEPTIVOS		
Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Oral por Arcada	30.001	1427,17
Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Parcial por Arcada	30.002	982,79
Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel)	30.003	192,21
Ortodontia Móvel / Placa de Mordida Ortodôntica	30.004	380,00
Ortodontia Móvel / Plano Inclinado (Individual ou Múltiplo)	30.005	406,31
Ortodontia Móvel / Aparelho Para Correção de Deglutição - Banda / Grade	30.006	629,93
Ortodontia Móvel / Placa Para Correção de Deglutição Removível	30.007	508,13
Ortodontia Fixa / Arco Lingual de Nance	30.008	323,52
Ortodontia Móvel / Placa de Hawley	30.009	525,36
Arco Vestibular de Bumper	30.010	477,66
Ortodontia Móvel / Aparelho Extra Oral	30.011	827,85
Mentonreira	30.012	629,93
Ortodontia Fixa / Quadriforce	30.013	837,37
Ortodontia Fixa / Disjuntor de Maxila (Hyrax, Haas, McNamara)	30.014	970,58
Ortodontia Fixa / Barra Palatina	30.015	323,52
Ortodontia Fixa / Botão de Nance	30.016	323,52
Ortodontia Fixa / Distal Jet	30.017	629,93
Ortodontia Fixa / Pendex - Pendulum	30.018	406,31
Ortodontia Fixa / Jones Jig	30.019	629,93
Ortodontia Fixa / Oritizador com mola de níquel	30.020	827,37
Ortodontia Fixa / Ganelly	30.021	629,93
Ortodontia Fixa / Plano anterior fixo	30.022	406,31
Ortodontia Fixa / Contenção fixa inferior (3/3)	30.023	220,00
Ortodontia Móvel / Placa com expansor	30.024	629,93
Ortodontia Móvel / Placa com redutor de língua	30.025	629,93
Ortodontia Móvel / Placa cêntrica (montagem de modelos em articulador, com posição de oclusão em cêntrica; usada por 3/4 meses, antes da instalação do aparelho ortodôntico)	30.026	380,00
Ortodontia Móvel / Placa para verificação de cádmios	30.027	629,93
Ortodontia Móvel / Placa para distalizar 7/7	30.028	629,93
Ortodontia Móvel / Protetor de silicone	30.029	380,00
Ortodontia Móvel / Recuperador de espaço	30.030	192,21
Ortodontia Móvel / Redutor de espaço	30.031	192,21
ORTOPEDIA FUNCIONAL		
Binter (Valor para as 2 Arcadas)	40.001	1427,17
Planas (valor para as duas arcadas)	40.002	1427,17
Frankel (valor para as duas arcadas)	40.003	1665,22
Bionator de Batters (valor para as duas arcadas)	40.004	1427,17
Máscara Delaire / Petite	40.005	827,85
Mentonreira	40.006	629,93
Mentonreira de tração reversa	40.007	629,93
Aparelho extra-oral	40.008	827,85
Equilibrador de Planas com tubos telescópicos	40.009	1427,17
Herbst (valor para as 2 arcadas)	40.010	1665,22
Klammt (valor para as 2 arcadas)	40.011	1427,17
Placas duplas para avanço	40.012	1427,17
Aparelhos SN (SN1 - SN2 - SN3 - SN4 - SN5 - SN6 - SN7)	40.013	1427,17
Splitter	40.014	1427,17
Twin Block	40.015	1427,17
Monobloco	40.016	1427,17



[Handwritten signature]

Anexo II

“ Modelo de Formulário de Reembolso Odontoprev”

**Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano
Odontológico**



[Handwritten signature]

Formulário Requisição Reembolso Nº 515019

ODONTOPREV

SISTEMA DE REEMBOLSO

Número ODONTOPREV: Empresa: Plano:

Nome Titular: Cargo:

Nome Paciente: RG: Data Nascimento: / /

RESIDÊNCIA Cidade: Estado: Tel.: TRABALHO Cidade: Estado: Tel.:

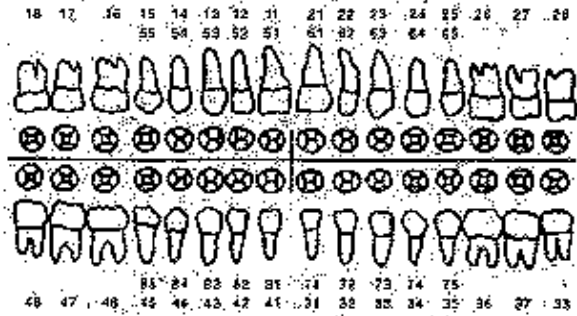
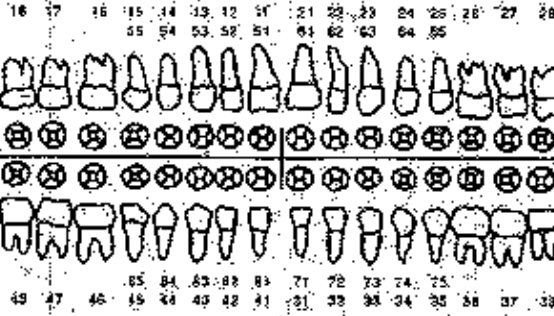
CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRA O PACIENTE ANTES DO TRATAMENTO

TRATAMENTOS A SEREM EXECUTADOS

ODONTOGRAMA ESTADO ATUAL

ODONTOGRAMA PLANO DE TRATAMENTO



DESCRIÇÃO DETALHADA DO PLANO DE TRATAMENTO

ORÇAMENTO

USO EXCLUSIVO ODONTOPREV

Curso Quantidade Fases Dente/Área

TOTAL:

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

DADOS BANCÁRIOS DO ASSOCIADO TITULAR

Parcela Nº	Data de Vencimento	Valor	Não utilizar conta Poupança
1	/ /		Nome do Correntista:
2	/ /		Número do Banco:
3	/ /		Número da Agência:
4	/ /		Número da Conta Corrente:
5	/ /		
6	/ /		

PROTOCOLO ENTREGA ASSOCIADO

Requisição Reembolso

Data Entrega: / /

Nome Receptor:

Visto Receptor:

Nº 515019

PROTOCOLO ENTREGA ODONTOPREV

Requisição Reembolso

Data Entrega: / /

Nome Receptor:

Visto Receptor:

Nº 515019



Este resumo tem por objetivo facilitar o processo de obtenção de reembolsos de honorários de Cirurgiões-Dentistas não pertencentes à rede credenciada ODONTOPREV. Siga corretamente estes passos para evitar atrasos ou a nulidade deste formulário.

INFORMAÇÕES

- Você sempre conta com a opção de utilizar um dentista da rede credenciada ODONTOPREV, o que garantirá cobertura de 100% do custo de seu tratamento (dentro da cobertura de seu plano) e muito menos burocracia.
- Em caso de dúvida, reclamação ou sugestão, será sempre um prazer atendê-lo pelo Disque ODONTOPREV, com ligação gratuita de todo país pelo 0800-169111.
- O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do Associado Titular e do Cirurgião-Dentista, sendo ambos responsáveis perante a Lei pela veracidade das informações nele contidas.
- Caso este seja seu primeiro tratamento na ODONTOPREV, ligue para 0800-169111 para saber como efetuar um jogo completo de radiografias periapicais ou uma radiografia panorâmica, necessárias para seu histórico clínico.

PROCESSO DE REEMBOLSO

PRIMEIRA CONSULTA: Leve este formulário já na sua primeira consulta com o dentista. Nesta consulta, recomendamos que nenhum tratamento seja efetuado, porque você ainda não terá idéia do valor que receberá como reembolso. O que deve ser feito é o preenchimento deste Formulário com o Plano de Tratamento e o orçamento elaborados pelo dentista. Também as radiografias iniciais poderão ser tomadas neste ato. Caso tenha que pagar algo neste momento, pague somente a consulta e as radiografias.

• **PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES PESSOAIS DESTES FORMULÁRIO:** Preencha totalmente o cabeçalho deste Formulário à máquina ou letra de forma legível. O não preenchimento do Número ODONTOPREV (que se encontra impresso em seu cartão ODONTOPREV) acarretará na devolução deste Formulário, sem efetivação do reembolso.

• **PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES TÉCNICAS DESTES FORMULÁRIO:** Celebre ao seu Cirurgião-Dentista o preenchimento dos dois Odontogramas (desenhos das arcadas dentárias) deste Formulário, bem como a descrição detalhada do tratamento proposto, os valores e plano de pagamento. O primeiro Odontograma deve conter a situação da sua saúde oral no ato da primeira consulta, o segundo o que seu dentista planeja fazer para melhorá-la. Seu Cirurgião-Dentista (em por força de responsabilidade legal, arquivado todo seu estado atual de saúde, que deverá ser apenas transcrito para este formulário. Também a ODONTOPREV tem a mesma responsabilidade legal, e perante a empresa cliente, pelo arquivamento e análise destas informações técnicas. Portanto, sob nenhuma hipótese será efetuado qualquer reembolso sem o correto preenchimento destes campos.

OBTENÇÃO DO PERCENTUAL DE REEMBOLSO: Uma vez preenchido o formulário, recomendamos que você passe um fax para 0800-169111. Após dois dias úteis, você poderá ligar para o Disque ODONTOPREV, e será informado (tenha o número correto do formulário à mão) do valor exato de reembolso. Com esta informação você poderá renegociar com seu dentista e, caso consiga algum desconto adicional, preencher um formulário definitivo. O fax não será aceito para efeito de efetivação de reembolso.

ENVIO DO FORMULÁRIO ORIGINAL: Encaminhe o formulário original devidamente preenchido e assinado para ODONTOPREV Seve do Livre Escolha - Rua Bela Cintra, 967 - 6º andar - CEP 01415-905 - São Paulo - SP, juntamente com o recibo do profissional e toda documentação clínica do caso, sobretudo as radiografias iniciais e finais, de todo e qualquer tratamento visualizável radiograficamente (restaurações, próteses, tratamento de canal, cirurgias, etc). Caso ainda não possua toda a documentação, encaminhe apenas o formulário, o reembolso será processado normalmente, mas você não poderá iniciar novos tratamentos enquanto não apresentá-la. Caso após seis meses ainda conste a pendência, os valores antecipados deverão ser devolvidos à ODONTOPREV através de desconto em folha de pagamento.

EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO: O valor do reembolso é baseado na tabela pré acordada entre a empresa cliente e a ODONTOPREV, bem como na cobertura a que o associado faz jus. O valor total será dividido proporcionalmente seguindo a forma de parcelamento proposta pelo dentista, sendo que o percentual referente a cada parcela será creditado na conta corrente do associado titular após o prazo indicado em dia útil do vencimento da mesma. Parcelas eventualmente já pagas serão reembolsadas em até dez dias após a entrega do Formulário original.

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO E TRATAMENTO DE RESPOSTA IMEDIATA

Declaramos estar cientes e de acordo com os procedimentos supra descritos, sobretudo a necessidade de apresentação dos recibos profissionais e documentação radiográfica referentes aos tratamentos informados neste formulário. Caso não apresentemos estes documentos neste momento, solicitamos a antecipação de reembolso, nos comprometendo a apresentá-los ao término do tratamento.

Responsabilizamos-nos pela comunicação de qualquer alteração no plano de tratamento original. Antecipadamente comprometemo-nos a ressarcir a ODONTOPREV de eventuais valores antecipados que não sejam efetivamente realizados ou comprovados pela documentação apresentada.

_____ de _____ de 199__

Assinatura Cirurgião-Dentista

Assinatura Associado Titular

DADOS DO CIRURGIÃO DENTISTA

Nome: _____
Endereço: _____
CEP: _____
Telefone: _____ Fax: _____
Cidade: _____ Estado: _____
C.P.F.: _____ C.R.O.: _____

CAMPO EXCLUSIVO ODONTOPREV

Autorizado em: _____ / _____ / _____
Auditor: _____
Parecer: _____
Valor Aprovado: _____



Anexo III

“Modelo de Movimentação Cadastral de Associados Odontoprev”

**Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde
Plano Odontológico**



42

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE ASSOCIADOS ODONTOPREV

Favor preencher e enviar mensalmente para o ODONTOPREV, pelo fax (011) 257-9091, até o dia prévio contratualmente

Preenchimento com letra de forma

Ação: I = Inclusões S = Suspensão Identificação: T = Titular
 A = Alterações E = Exclusões D = Dependente

EMPRESA ASSOCIADA:

Exclusões: Preencher apenas os 3 primeiros campos.

Ação:	Identificação:	Nº Odontoprev:	Nome:	Sexo:	Plano:
Data Nasc.:	R.G.:	C.P.F.:			Parentesco:
Nome da Mãe:	Tel. Res.:	Cargos:	End. Res.:	Reg. Emp.:	Tel. Com.:
C.E.P.:	Cidade:				
Ação:	Identificação:	Nº Odontoprev:	Nome:	Sexo:	Plano:
Data Nasc.:	R.G.:	C.P.F.:			Parentesco:
Nome da Mãe:	Tel. Res.:	Cargos:	End. Res.:	Reg. Emp.:	Tel. Com.:
C.E.P.:	Cidade:				
Ação:	Identificação:	Nº Odontoprev:	Nome:	Sexo:	Plano:
Data Nasc.:	R.G.:	C.P.F.:			Parentesco:
Nome da Mãe:	Tel. Res.:	Cargos:	End. Res.:	Reg. Emp.:	Tel. Com.:
C.E.P.:	Cidade:				
Ação:	Identificação:	Nº Odontoprev:	Nome:	Sexo:	Plano:
Data Nasc.:	R.G.:	C.P.F.:			Parentesco:
Nome da Mãe:	Tel. Res.:	Cargos:	End. Res.:	Reg. Emp.:	Tel. Com.:
C.E.P.:	Cidade:				



Responsável pelo preenchimento:

Data do envio:

ODONTOPREV O Plano Odontológico oficial da Equipe Clínica Brasileira