

CONDIÇÕES GERAIS

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PLANO COLETIVO

Cláusula Primeira – DO OBJETO

1.1 Pelo presente Contrato a SÓCIODONTO garante a prestação da assistência odontológica, aos Beneficiários da CONTRATANTE, nos termos da Lei 9.656/98, através de meio de execução próprios e/ou credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados, observado o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento e suas atualizações editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitados os limites e condições do Plano de Benefícios adquirido, conforme TERMO DE ADESÃO, e observado o disposto neste Contrato.

1.1.1 Faz parte deste Contrato:

- 1.1.1.1 TERMO DE ADESÃO corretamente preenchido;
- 1.1.1.2 ANEXO I - Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS – Empresarial;
- 1.1.1.3 ANEXO II – Tabela de Honorários e Procedimentos Odontológicos;
- 1.1.1.4 ANEXO III - Tabela de Honorários e Procedimentos Odontológicos em PÓS - PAGAMENTO
- 1.1.1.5 ANEXO IV - Formulário de Requisição de Reembolso;
- 1.1.1.6 ANEXO V - Guia de Leitura Contratual;
- 1.1.1.7 ANEXO VI – MPS – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde;

1.1.2 – O presente contrato tem natureza bilateral, que gera, na forma do Código Civil Brasileiro, direitos e obrigações para ambas as partes, inclusive a obrigação da CONTRATANTE pagar o preço ora ajustado, independentemente da utilização, por seus Beneficiários, de qualquer das coberturas previstas em cada Plano de Benefícios por ela contratado. Assegura-se, outrossim, a aplicação subsidiária das disposições do Código de Defesa do Consumidor, no tocante aos direitos dos Beneficiários.

1.1.3 – As partes reconhecem e aceitam que o Termo de Adesão é o documento que estabelece as datas, as especificações dos produtos e os valores necessários ao perfeito cumprimento de todas as obrigações estabelecidas neste Contrato, assim entendido, o Plano de Beneficiário, as Datas de Movimentação Cadastral, de Início de Vigência do Benefício e de Vencimento da Fatura Mensal, o prazo de vigência e denuncia do presente Contrato e o prazo de carência de cada plano de Benefícios adquirido, se existente.

Cláusula Segunda – DAS PARTES

2.1 – Para os fins este Contrato, consideram-se:

2.1.1 – CONTRATANTE: Pessoa Jurídica legalmente constituída, devidamente identificada e qualificada no TERMO DE ADESÃO, que contrata os produtos da Aurora Odonto, aderindo ao em benefício da população delimitada e vinculada à ela por relação empregatícia ou estatutária, respondendo integralmente por todas as obrigações ora assumidas.

2.1.2 – SÓCIODONTO: É a pessoa jurídica que assume os riscos das garantias objeto deste Contrato, qualificada como Sóciosdonto Plano de Assistência Odontológica Ltda, com sede no município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, na Rua Goitacazes 375, sala 1002, Centro, Belo Horizonte, CEP 30190-050, inscrita no CNPJ/MF 97.403.778/0001-83 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n.º 41.641-0.

2.1.3 AURORA SAÚDE: Pessoa Jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº 49.955.478/0001- 64, operadora de planos privados de assistência à saúde inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 423629, com sede na Alameda Oscar Niemeyer, nº 288, Sala nº 503, Vale do Sereno, na cidade de Nova Lima/MG, CEP 34.006-049, neste ato representada na forma do seu Contrato Social

2.1.4 – GRUPO ASSOCIÁVEL: É o conjunto de Beneficiários da CONTRATANTE, inscrito no sistema da Aurora Saúde, beneficiários do Plano de Benefícios por ela contratado, conforme definido neste Contrato, homogêneo a uma ou mais formas de vinculação à própria CONTRATANTE.

2.1.5 - GRUPO BENEFICIÁRIOS: É o conjunto dos componentes do Grupo Associável.

2.1.5. BENEFICIÁRIO: É o integrante do Grupo de Beneficiários, podendo ser definido como:

2.1.5.1. BENEFICIÁRIO TITULAR: É a pessoa física, que mantém vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE, bem como: sócios; administradores; agentes políticos; trabalhadores temporários; estagiários e menores aprendizes da CONTRATANTE.

2.1.5.2. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: São considerados Beneficiários Dependentes o cônjuge ou companheiro

(a) do Beneficiário Titular, conforme legislação vigente, bem como os filhos (as), enteados (as), ou tutelados (as),

dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R., e que sejam solteiros com até 24 (vinte e quatro) anos de idade.

2.1.5.3. BENEFICIÁRIO AGREGADO: Respeitada a condição de elegibilidade disposta no item 2.1.5.2., poderão ser considerados Beneficiários Agregados, os indivíduos que possuam com o Beneficiário Titular relação de parentesco até o terceiro grau consanguíneo ou até o segundo grau por afinidade, desde que devidamente contratados e elencados nas TERMO DE ADESÃO .

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

Cláusula Terceira – DAS DEFINIÇÕES

3.1-Para efeito deste contrato é adotado as seguintes definições:

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): É a autarquia encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização dos planos de saúde.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Área de atuação da operadora, definida em contrato, dentro da qual o associado poderá utilizar os serviços contratados.

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA: É o conjunto de procedimentos odontológicos realizados na assistência à saúde oral do Beneficiário.

CARÊNCIA: O prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os associados não têm direito às coberturas contratadas.

COBERTURA: São os procedimentos que tem garantia do pagamento ou ressarcimento das despesas com assistência odontológica, conforme o Plano de Benefícios efetivamente contratado pela CONTRATANTE, e estabelecido no Quadro Preambular.

CONTRIBUIÇÃO MENSAL: É a importância paga pela CONTRATANTE à AURORA SAÚDE para que os Beneficiários tenham direito às coberturas dos respectivos Planos de Benefícios.

DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL: É a data máxima dentro de cada mês, determinada no Quadro Preambular no item “Data de Movimentação Cadastral”, para que a CONTRATANTE efetue as inclusões e/ou exclusões de seus respectivos Beneficiários no Banco de Dados da AURORA SAÚDE.

DATA DE VENCIMENTO DA FATURA MENSAL: É a data determinada nos TERMO DE ADESÃO , que a CONTRATANTE deve efetuar o pagamento do valor total mensal devido à SÓCIODONTO resultante da multiplicação do número de Beneficiários inscritos pela CONTRATANTE no Plano de Benefícios contratado pelo valor da respectiva contribuição mensal então vigente.

DATA DE VIGÊNCIA: É a data determinada nas **TERMO DE ADESÃO** no item “Data de Vigência do Benefício” a partir da qual o novo Beneficiário inscrito pela **CONTRATANTE** no Plano de Benefícios e corretamente incluído no banco de dados da **SÓCIODONTO** passa a ter direito à totalidade das coberturas, respeitado o cumprimento de eventual carência.

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

EMERGÊNCIA: Entende-se como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico, com risco imediato à vida do paciente e/ou de lesões irreparáveis a este, caracterizado em declaração de médico ou profissional odontólogo assistente.

EVENTO: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano involuntário à saúde do associado em decorrência de acidente pessoal ou de doença.
PLANO DE BENEFÍCIOS: É o conjunto de coberturas estabelecidas no presente Contrato com a finalidade exclusiva de garantir aos Beneficiários o pagamento, reembolso ou ressarcimento de despesas com assistência odontológica, até os limites ora contratados. Para este caso o Plano de Benefícios aos Beneficiários Dependentes e/ou Agregados será sempre igual ao do Beneficiário Titular.

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL: É aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo ser de natureza contributária ou não-contributária, de acordo com a opção da **CONTRATANTE** definida no Quadro Preambular.

**PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL DE NATUREZA
CONTRIBUTÁRIA: É**

aquele em que o Beneficiário contribui financeiramente, integral ou parcialmente, para o Plano de Benefícios, sendo certo que a **CONTRATANTE** será a única responsável pelo pagamento do valor integral da contribuição mensal à **SÓCIODONTO**.

**PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL DE NATUREZA
NÃO**

CONTRIBUTÁRIA: É aquele em que o pagamento da contribuição mensal é feito integralmente pela **CONTRATANTE**, não havendo qualquer contribuição financeira pelo Beneficiário, ressalvadas as hipóteses de co- participação.

PROCEDIMENTO: É qualquer ato e seus complementares praticado pelo dentista credenciado à **SÓCIODONTO** entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, materiais e medicamentos.

PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS: São os procedimentos não inclusos no Plano de Benefícios efetivamente contratado pela **CONTRATANTE** que serão pagos pelo Beneficiário diretamente ao Prestador, sendo certo que em razão da condição de Beneficiário devidamente ativo no banco de dados da **CONTRATADA** (Operadora) poderá haver condição especial de pagamento para os procedimentos não cobertos, de acordo com a negociação com o profissional odontólogo.

REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES: É O GRUPO DE Prestadores, constituído de profissionais e estabelecimentos credenciados pela **SÓCIODONTO**, colocados à disposição dos Beneficiários para prestar-lhes assistência odontológica.

RESSARCIMENTO: Entende-se por Ressarcimento o pagamento ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios sem direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistência odontológica, por ele efetuadas com profissional odontólogo não integrante da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, decorrente de eventos cobertos, inclusive dos casos de urgência e emergência, até os limites estabelecidos na Tabela de Procedimentos de Ressarcimento.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: É o conjunto de valores básicos, divididos por procedimentos, utilizados pela **CONTRATADA**, para pagamento ao Prestador, bem como para cálculo de valores de co- participações.

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE RESSARCIMENTO: É o conjunto de valores, definido em Unidades Odontológicas – U.O., divididos por procedimentos, utilizados para ressarcimentos ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios sem direito de Livre Escolha de profissionais odontólogos.

TERMO DE ADESÃO: É o documento pelo qual o CONTRATANTE adere de forma integral aos termos e condições comerciais firmados entre a AURORA SAÚDE e a SOCIODONTO para a prestação de Serviços de Assistência Suplementar à Saúde – Plano Odontológico – Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão.

UNIDADES ODONTOLÓGICAS – U.O.: São as unidades utilizadas pela SOCIODONTO para determinação do valor a ser pago ao Cirurgião-Dentista credenciado, mediante multiplicação da quantidade de U.O. de cada evento odontológico, efetivamente realizado em Beneficiários inscritos no Plano de Benefícios, pelo valor em moeda corrente nacional previamente negociado com aquele mesmo Cirurgião-Dentista.

URGÊNCIA: Consideram-se consultas de urgência, para fins deste contrato, aquelas caracterizadas por sofrimento intenso, que justifiquem um atendimento imediato, tais como: hemorragias, odontalgias, incluindo as situações que necessitem de procedimentos clínicos para supressão da dor (pulpectomia, extrações simples, tratamento de pericoronarite, pericementite, alveolite, incisão e drenagem de abscesso), reimplante dentário em odontopediatria, cimentações provisórias de trabalhos protéticos e colagem de fragmentos.

Cláusula Quarta – CARACTERÍSTICAS DO PLANO

4.1. O(s) Plano(s) de Benefícios de que trata este Contrato é (são) elencado(s) abaixo, devidamente identificado(s) pelo(s) número(s) de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nome comercial, que assegure(m) aos Beneficiários a cobertura dos custos das despesas odontológicas realizadas exclusivamente na Rede Credenciada e tenha(m) como forma de contratação, nos termos da legislação da ANS, a modalidade coletiva empresarial ou coletiva por adesão.

Registro ANS	Nome	Cobertura	Formação de Preço
500605248	SOCIODONTO Misto COL/ADESÃO	Rol Mínimo	Misto
500606246	SOCIODONTO Misto COL/EMPRESARIAL	Rol Mínimo	Misto
499960246	SOCIODONTO Pré COL/ADESÃO	Rol Mínimo	Pré-estabelecido
499959242	SOCIODONTO Pré COL/EMPRESARIAL	Rol Mínimo	Pré-estabelecido

4.2. A segmentação assistencial pertinente ao presente Contrato é Odontológica.

4.3. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do(s) Plano(s) Contratado(s) é Grupo de Municípios.

4.4. As Doenças e Lesões Pré-Existentes não se aplicam ao Plano de Benefícios Odontológicos.

Cláusula Quinta – DO PLANO DE BENEFÍCIOS - COBERTURA

5.1. É assegurada aos Beneficiários incluídos no presente Contrato a cobertura:

- a) dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98;
- b) dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS (Anexo I), vigente à época do evento, e ainda;
- c) do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

5.2. São assegurados ainda, nos termos da legislação vigente editada pela ANS, apenas e tão somente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

5.3. Além das coberturas supra descritas, fica garantida a cobertura da assistência das doenças de natureza odontológica elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), da Organização Mundial da Saúde.

5.4. Definições das especialidades:

DIAGNÓSTICO: o conjunto de procedimentos que visa a identificação do tratamento odontológico necessário, por meio de exame clínico.

RADIOLOGIA: o conjunto de procedimentos que visa apoio diagnóstico por meio de exames radiológicos:

PREVENÇÃO: o conjunto de procedimentos que visa a prevenção de doenças e manutenção da saúde oral.

ODONTOLOGIA: o conjunto de procedimentos que visa o atendimento a BENEFICIÁRIOS com até 15 anos de idade completos.

DENTÍSTICA: o conjunto de procedimentos que visa a recuperação da forma e função dos dentes.

ENDODONTIA: o conjunto de procedimentos que visa a reabilitação dos elementos dentários por meio de tratamento de canal.

TRATAMENTO DE PERIODONTIA: conjunto de procedimentos que visa o tratamento das doenças da gengiva e estruturas de suporte.

REABILITAÇÃO: o conjunto de procedimentos que visa prontamente à reabilitação odontológica.

CIRURGIA ORAL: o conjunto de procedimentos que visa a intervenção cirúrgica, ambulatorial e sob anestesia local, de elementos dentários e lesões bucais.

Cláusula Sexta – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

6.1. Em qualquer hipótese, os eventos abaixo descritos NÃO SERÃO COBERTOS:

- Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológico vigente à época do evento;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Consultas domiciliares;
- Estrutura hospitalar para realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção apenas e tão somente dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para a realização de tais procedimentos, desde que estes não estejam listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias;
- Procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional.

Cláusula Sétima – DA INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

7.1. Com o aceite no TERMO DE ADESÃO o CONTRATANTE autoriza que todos os BENEFICIÁRIOS inscritos no plano de saúde AURORA SAÚDE possam ser elegíveis ao Plano Odontológico.

7.2. Inicialmente todos os beneficiários das empresas serão incluídos nos planos abaixo, respeitando o tipo de contrato (Coletivo por Adesão ou Empresarial):

Registro ANS	Nome	Cobertura	Formação de Preço
500605248	SOCIODONTO Misto COL/ADESÃO	Rol Mínimo	Misto
500606246	SOCIODONTO Misto COL/EMPRESARIAL	Rol Mínimo	Misto

7.3. Será permitido com o consentimento do responsável pelo contrato a auteração do Plano Odontológico, da seguinte forma:

7.3.1 Upgrade, poderá ser realizado a qualquer momento.

Ou seja a alteração do plano misto (com menor valor) para o plano 100% em pré-pagamento (maior valor), poderá ser realizado a qualquer momento, com o consentimento do responsável pela gestão do contrato.

7.3.2 Downgrade, após 12 meses da inclusão ou última alteração.

Ou seja alteração do plano 100% em pré-pagamento (maior valor) para do plano misto (com menor valor), poderá ocorrer após 12 meses da inclusão ou última alteração de plano.

7.4 Para os casos de Plano Coletivo Empresarial de natureza não-contributária, a inclusão total do Grupo inicial dar-se-á na data de início de vigência deste Contrato e a inclusão de novos Beneficiários, admitidos após esta data no quadro de empregados da CONTRATANTE, dar-se-á na mesma data de sua admissão.

7.5 Para os casos de Plano Coletivo Empresarial de natureza contributária, a CONTRATANTE providenciará a inclusão dos Beneficiários, já integrantes do Grupo Total de Associáveis, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência deste Contrato.

7.5.1 A inclusão de Beneficiários Titulares e respectivos dependentes, em razão de novas admissões, bem como a inclusão de Beneficiários Dependentes, em razão de casamento, nascimento e adoção, dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do evento.

7.6 As alterações no quadro de Beneficiários em virtude de novas admissões, alterações ou exclusões serão comunicadas pela CONTRATANTE à SÓCIODONTO em listagens, via magnética ou Internet, encaminhadas até a data de movimentação cadastral determinada nas Condições Especiais, segundo formulário padrão adequado a esta finalidade disponibilizado pela SÓCIODONTO à CONTRATANTE.

7.6.1 O Beneficiário somente terá direito à utilização das coberturas do Plano de Benefícios em que tenha sido inscrito na data indicada nas Condições Especiais como "Início de Vigência".

7.6.2 A inclusão no Plano de Benefícios de qualquer Beneficiário Dependente e/ou Agregado dependerá da participação do Beneficiário Titular no Plano de Benefícios de Assistência à Saúde.

7.7 O Beneficiário Titular afastado, temporariamente, da CONTRATANTE, durante a vigência deste Contrato, somente terá direito à utilização do benefício ora contratado caso seja mantido no Plano de Benefícios pela CONTRATANTE, com o pagamento mensal da competente contribuição à CONTRATANTE, sendo mantidas as normas deste instrumento.

7.8 A CONTRATANTE deverá enviar, quando assim solicitado pela SÓCIODONTO, 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, os quais possuem o direito de ingressar no plano, atendidas as condições de admissão.

7.9 O Beneficiário Titular será automaticamente excluído do Contrato na ocorrência de qualquer dos seguintes eventos:

a) rescisão do presente Contrato;

b) término do vínculo com a CONTRATANTE, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos de natureza contributária, nos termos previstos da Lei 9.656/98, cabendo à CONTRATANTE comunicar aos Beneficiários as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da referida Lei;

c) fraude comprovada, perdendo o Beneficiário quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais;

d) solicitação à CONTRATANTE, por escrito, feita pelo Beneficiário Titular inscrito em Plano de Benefícios de natureza contributária;

d.1) A exclusão realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da inscrição do Beneficiário no Plano de Benefícios, facultará a SÓCIODONTO cobrar da CONTRATANTE, a título de cláusula penal, o correspondente ao valor da contribuição mensal per capita ajustada no contrato, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis);

d.2) O Beneficiário Titular excluído nos termos da alínea “d”, somente poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios na data de aniversário do Contrato, mediante anuência da SÓCIODONTO e observado o cumprimento de novo período de carência para grupos menores ou iguais a 30 (trinta) vidas, ou para os eventos que extrapolem o Rol de Procedimentos Odontológicos, previsto no Anexo I destas Condições Gerais.

7.10 Quando da exclusão, a CONTRATANTE deverá recolher e inutilizar os cartões de identificação do(s) Beneficiário(s).

7.11 As despesas decorrentes do atendimento de Beneficiário Titular, ou de cada um de seus Dependentes, que deixou de pertencer ao Grupo de Beneficiários da CONTRATANTE, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à SÓCIODONTO, serão de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE.

7.12 A solicitação de alteração do Plano de Benefícios vigente para outro de maior ou de menor número de eventos cobertos somente poderá ser pleiteada à CONTRATANTE pelo Beneficiário Titular e será, necessariamente, estendida para todo o seu grupo familiar.

7.13 O Beneficiário Titular poderá, no mês de aniversário do Contrato, solicitar a CONTRATANTE a alteração do Plano de Benefícios vigente para outro que ofereça maior número de eventos cobertos, desde que observado o cumprimento do período de carência, eventualmente existente, para as coberturas que extrapolem o Rol de Procedimentos Odontológicos.

7.14 A solicitação do Beneficiário Titular feita à CONTRATANTE para alteração do Plano de Benefícios vigente para outro que ofereça menor número de eventos cobertos, somente será aceita após 12 (doze) meses, contados da inscrição do Beneficiário no Plano de Benefícios.

7.15 Toda e qualquer alteração de Benefícios ou migração de planos, objeto deste Contrato, será, necessariamente, intermediada pela CONTRATANTE.

Cláusula Oitava – DOS BENEFICIÁRIOS EMPREGADOS DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

8.1. Por se tratar de Plano Coletivo Empresarial, a inclusão do Beneficiário Titular e de seus dependentes, se o caso, ao benefício do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, dar-se-á apenas e tão somente mediante a sua manifestação de vontade, que deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão do respectivo Contrato de Trabalho.

8.2. Nos termos do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, nos planos coletivos com vínculo empregatício em que há participação financeira do Beneficiário, será concedido ao Beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado, o direito de permanecer inscrito no mesmo Plano de Benefícios em que se encontrava inscrito quando da vigência de seu contrato de trabalho, desde que assuma integralmente o pagamento de sua participação no Plano e, se o caso, de seus Beneficiários Dependentes que já se encontravam inscritos como tal no momento da rescisão do Contrato de Trabalho com a CONTRATANTE.

8.3. O período de permanência no mesmo Plano de Benefícios para o Beneficiário demitido sem justa causa será por período igual a um terço do tempo de contribuição financeira para o Plano, assegurado um período mínimo de permanência de seis meses, limitado a um período máximo de vinte e quatro meses de permanência.

8.4. O período de permanência no mesmo Plano de Benefícios para o Beneficiário aposentado observará:

a) Se o aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período igual ou superior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no mesmo Plano, juntamente com seus dependentes, por prazo indeterminado.

b) Se o aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período inferior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no mesmo Plano, juntamente com seus dependentes, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

8.5. A contribuição mensal do Beneficiário Titular que manifestar o interesse ao benefício do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, bem como dos seus dependentes, corresponderá a soma das contribuições patronal e do empregado.

8.6. O benefício do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98 deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em outro emprego.

8.7. Em caso de morte do Beneficiário Titular durante o gozo dos benefícios previstos no artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, os seus Beneficiários Dependentes já inscritos no Plano de Benefícios poderão nele permanecer durante o período remanescente e mediante o pagamento do preço correspondente.

8.8. O benefício do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

8.9. A CONTRATANTE declara ter ciência de que deverá dar conhecimento ao Beneficiário que preencha os requisitos para permanência no Plano de Benefícios, quando da formalização da rescisão de seu respectivo Contrato de Trabalho.

8.10. Em caso de cancelamento do plano coletivo, possuindo a SÓCIODONTO à época da rescisão plano de contratação individual ou familiar, disponibilizará este plano de contratação individual ou familiar ao universo de Beneficiários até então inclusos no contrato coletivo rescindido, respeitadas as condições comerciais relativas ao plano individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos períodos de carência.

Cláusula Nona – DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

9.1. A identificação de Beneficiários da CONTRATANTE far-se-á pelo Cartão de Identificação da Operadora, acompanhado de um documento de identidade oficial com fotografia.

9.2. O Cartão de Identificação da Operadora ficará a disposição dos beneficiários no site <https://www.sociodontom.com.br/auroraodonto/> em ambiente logado.

9.3. A Guia de Encaminhamento da SÓCIODONTO também será documento suficiente para identificação do Beneficiário, desde que devidamente preenchida e aprovada pela SÓCIODONTO, acompanhada de documento de identidade oficial com fotografia.

9.4. A não apresentação pelo Beneficiário de qualquer dos documentos estabelecidos neste Capítulo no momento da realização da consulta, desobrigará a SÓCIODONTO do pagamento do tratamento realizado.

Cláusula Décima – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Caso seja identificado, por uma junta formada por odontólogos, que determinado procedimento poderá acarretar dano ou ser considerado inócuo ao Beneficiário, ficará a SÓCIODONTO dispensada de pagar, reembolsar ou ressarcir ao Beneficiário os valores de tal procedimento, ainda que esteja contemplado na cobertura do Plano de Benefícios ora contratado.

10.1.1. A junta de profissionais odontólogos acima referida será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por profissional odontólogo da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da SÓCIODONTO.

10.2. Caso o plano contratado possua co-participação, o percentual desta e o rol de eventos a que se aplica, constará nas TERMO DE ADESÃO .

Cláusula Décima Primeira – DAS CARÊNCIAS

11.1. Não haverá cobrança de carências na inclusão dos beneficiários, exceto quando for solicitado Up-grade, ou seja, a alteração do plano misto (com menor valor) para o plano 100% em pré-pagamento (maior valor), neste caso será solicitado cumprimento de carencia da seguinte forma:

11.1.1 30 dias para procedimentos de Diagnostico, Radiologia, Odontopediatria, Periodontia, Dentistica

11.1.2 60 dias para procedimentos de Prótese, Cirurgia, Endodontia.

Cláusula Décima Segunda – DA RESPONSABILIDADE SOBRE OS ATENDIMENTOS

12.1. A SÓCIODONTO somente se responsabilizará pela qualidade dos procedimentos odontológicos realizados pelos integrantes da sua Rede Credenciada. Os procedimentos realizados por profissionais não integrantes da Rede Credenciada da SÓCIODONTO serão de integral responsabilidade do Beneficiário.

12.2. Caberá sempre aos Beneficiários e seus dependentes e/ou agregados agendarem diretamente com os Prestadores integrantes da Rede Credenciada da SÓCIODONTO horários para atendimento, com exceção das emergências e/ou urgências; uma vez marcado o horário, o não comparecimento do Beneficiário e seus dependentes e/ou agregados 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 – URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

13.1. Nas hipóteses de atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência, os Beneficiários terão direito à utilização das coberturas do Plano de Benefícios em que tenham sido inscritos no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após o recebimento da comunicação de sua inclusão, feita pela CONTRATANTE à SÓCIODONTO.

13.2. A SÓCIODONTO assegurará o ressarcimento, de acordo com a Tabela de Honorários e Procedimentos Odontológicos – T.H.P.O. (Anexo IV), das despesas efetuadas pelo beneficiário nos casos de urgência ou emergência, quando, comprovadamente, não for possível a utilização da Rede Credenciada da SÓCIODONTO, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano de Benefícios, sendo certo que o valor do ressarcimento não será inferior ao valor praticado pela SÓCIODONTO junto a sua Rede Credenciada.

13.2.1. O ressarcimento será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à SÓCIODONTO pela CONTRATANTE da seguinte documentação, a qual deverá estar acompanhada das radiografias iniciais e finais dos procedimentos realizados, visualizáveis radiograficamente:

- (i) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela SÓCIODONTO (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- (ii) Formulário de Requisição de Ressarcimento (Anexo VI – Formulário de Requisição de Reembolso), devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável, segundo as normas descritas no verso do referido formulário,

disponibilizado pela CONTRATADA através de solicitação feita pela CONTRATANTE ou pelo Beneficiário diretamente à Central de Atendimento, cuja ligação é gratuita.

13.3. O Beneficiário perderá o direito ao ressarcimento decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

Cláusula Décima Quarta – DA DINÂMICA DO ATENDIMENTO EM REDE CREDENCIADA

14.1. Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada da SÓCIODONTO, além do “Manual do Beneficiário” entregue a cada um dos Beneficiários Titulares da CONTRATANTE, poderá qualquer parte interessada consultar a Central de Atendimento da SÓCIODONTO, e ainda pelo site da SÓCIODONTO.

14.2. O procedimento de utilização dos serviços da Rede Credenciada dar-se-á através da identificação do Beneficiário a um Prestador pertencente à Rede Credenciada, sendo de responsabilidade da SÓCIODONTO o repasse a esse Prestador dos procedimentos cobertos pelo Plano de Benefícios em que o Beneficiário esteja inscrito e que tenham sido efetivamente neste último realizados.

14.3. Qualquer fraude em documento ou informação acarretará a imediata exclusão do Beneficiário 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.

14.4. Para que haja cobertura das despesas de atendimento odontológico havidos por Beneficiários da CONTRATANTE estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por Prestadores integrantes da Rede Credenciada da SÓCIODONTO, cabendo a estes últimos a responsabilidade pelo tratamento realizado.

14.4.1. Quando da impossibilidade de utilização pelo Beneficiário inscrito em Plano de Benefício sem direito à Livre Escolha de Prestadores da Rede Credenciada da SÓCIODONTO por não haver Prestador na localidade em que aquele se encontra, a SÓCIODONTO procederá ao ressarcimento das despesas experimentadas pelo Beneficiário de acordo com a Tabela de Procedimentos de Ressarcimento - T.P.R. (Anexo IV), obedecido ao disposto nos itens

13.2. e 13.2.1. supra.

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

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

Cláusula Décima Quinta – DA REMUNERAÇÃO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE

15.1. As partes ajustam que o preço da contribuição mensal referente ao Plano de Benefícios contratado rege-se pelo sistema de pré-pagamento e ou pós-pagamento, conforme legislação vigente.

15.1.1. O valor da contribuição mensal “per capita” constará no TERMO DE ADESÃO.

15.2. Fica certo e ajustado entre as partes que a SÓCIODONTO não utiliza a faixa etária como critério para a variação do preço da contribuição mensal “per capita”.

15.3. A AURORA SAÚDE será sempre a única responsável pelo recebimento do Plano de Benefícios de Plano Odontológico contratado por seus clientes.

15.4. O valor total da contribuição mensal, devida pela CONTRATANTE à AURORA SAÚDE, resultará da multiplicação do número de Beneficiários inscritos no banco de dados da SÓCIODONTO pelo valor da contribuição mensal “per capita”, considerando-se o mês de competência.

15.5. O reajuste da contribuição mensal, o qual será obrigatoriamente comunicado à ANS na forma da legislação vigente, ocorrerá anualmente. Entretanto, havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

15.6. Caso haja acontecimento extraordinário e imprevisível que possa provocar o desequilíbrio do Contrato ou, ainda, tornar excessivamente oneroso o seu cumprimento, as partes obrigam-se a ajustar novas condições para presente Contrato, com o fim de restabelecer o equilíbrio contratual.

15.7. O valor da contribuição mensal contempla todos os tributos, diretos e indiretos, incidentes no Contrato, razão pela qual, na hipótese de criação, alteração ou extinção de tributos incidentes sobre a operação, ou, ainda, no caso de alteração de alíquotas dos tributos vigentes, as partes, desde já, ajustam que a diferença será aplicada na fatura do mês imediatamente subsequente ao do início de vigência do novo tributo ou da alteração da alíquota, conforme o caso. Acordam as partes que a aplicação da diferença supra não configura reajuste e sim adequação imposta por lei cogente, sendo certo que sua aplicação não estará sujeita a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.

15.7.1. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo Plano de Benefícios.

Cláusula Décima Sexta – DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

16.1. Sem prejuízo das demais responsabilidades estabelecidas neste Contrato, a CONTRATANTE será a única responsável:

- a) pelo pagamento do Plano de Benefícios ora contratado.
- b) pela correta transmissão de todos os direitos e obrigações estabelecidos neste Contrato a seus Beneficiários;
- c) pela veracidade das informações cadastrais de seus Beneficiários, bem como pela guarda e conservação dos documentos comprobatórios dos vínculos dos Beneficiários por ela inscritos e pela apresentação daqueles à AURORA SAÚDE sempre que por ela solicitado.

16.2. A CONTRATANTE manterá o mais absoluto sigilo relativamente às informações a que tiver acesso em decorrência do presente Contrato, comprometendo-se a não divulgá-las exceto se em razão de imposição legal ou judicial.

Cláusula Décima Sétima – DAS RESPONSABILIDADES DA SÓCIODONTO

17.1. A SÓCIODONTO deverá disponibilizar a sua REDE CREDENCIADA atualizada em seu Portal e através da Central de Atendimento SócioOdonto.

17.2. A SÓCIODONTO se obriga a dar completa assistência e orientação à CONTRATANTE para o correto entendimento das cláusulas e condições deste Contrato.

17.3. A SÓCIODONTO manterá o mais absoluto sigilo relativamente às informações a que tiver acesso em decorrência do presente Contrato, comprometendo-se a não divulgá-las, exceto se em razão de imposição legal ou judicial.

Cláusula Décima Oitava – DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO

18.1. O prazo de vigência deste Contrato é de 24 (vinte e quatro meses), renováveis automática e sucessivamente por iguais períodos, desde que não denunciado, de forma expressa, por qualquer das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa dias) do término do período em curso, ou mesmo, ser rescindido de imediato, independente de qualquer aviso e/ou notificação judicial ou extrajudicial, no eventual descumprimento das cláusulas nele contidas por qualquer das partes.

18.1.1. Não havendo a primeira Movimentação cadastral por parte da CONTRATANTE no prazo máximo de 30 (trinta) dias da emissão deste Contrato, estará ele automaticamente cancelado, não surtindo efeitos para qualquer das partes.

18.2. O Contrato poderá, ainda, ser rescindido, a critério da SÓCIODONTO, independente de qualquer aviso e/ou notificação, judicial ou extrajudicial, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- i) atraso da CONTRATANTE no pagamento de 02 (duas) Faturas ou mais;
- ii) descumprimento do prazo previsto no item 18.1.;
- iii) descumprimento das cláusulas e condições contidas no presente Contrato;
- iv) pedido de falência, recuperação judicial, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial ou ainda, qualquer forma de cessação de atividades das partes.

18.3. A rescisão deste Contrato por parte da CONTRATANTE, antes do término do período vigente, sem que haja descumprimento pela SÓCIODONTO das cláusulas nele contidas, ou em qualquer das hipóteses previstas no item

18.2. (“i”, “ii”, “iii”) acarretará à CONTRATANTE o pagamento de multa no montante equivalente ao valor da média das últimas seis contraprestações devidas pela CONTRATANTE à SÓCIODONTO, multiplicado pelo número de meses restantes contados da rescisão até a data do término do referido período em vigor, limitado à metade do período contratual vigente.

18.3.1. Além da penalidade prevista no item 18.3., a CONTRATANTE responsabilizar-se-á pelo ressarcimento à SÓCIODONTO dos valores dos tratamentos realizados no período contratual vigente que excederem ao limite de 60% (sessenta por cento) de sinistralidade.

18.4. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o contrato pelo prazo mencionado no item 18.1 a SÓCIODONTO 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.

18.5. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o Contrato pelos prazos mencionados no item 18.1., a SÓCIODONTO não admitirá movimentações cadastrais de exclusões sem justo motivo, assim entendidas todas as exclusões que não configurem perda do vínculo do Beneficiário com a CONTRATANTE.

18.6. É vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor para a CONTRATANTE em razão de renovação contratual.

Cláusula Décima Nona – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. A SÓCIODONTO, na qualidade de operadora de planos de assistência exclusivamente odontológicos, está sujeita as disposições do Código de Ética Odontológica e as normas dos Conselhos de Odontologia.

19.2. Por se tratar de Plano Coletivo, a CONTRATANTE se obriga a esclarecer plenamente ao seu Grupo de Beneficiários, todos os direitos e obrigações oriundos do presente Contrato, bem como entregar o Guia de Leitura Contratual – GLC (Anexo VI), em meio físico ou digital, juntamente com o Cartão de Identificação do Beneficiário Titular.

19.3. A SÓCIODONTO 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 a CONTRATANTE e a SÓCIODONTO nesse sentido.

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

19.5. As modificações no Contrato que não alterem as características do Plano de Benefícios, somente serão admitidas através de Termos de Aditamentos celebrados entre as partes.

19.6. A SÓCIODONTO tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de Prestadores integrantes de sua Rede Credenciada, modificações estas que deverão disponibilizadas à CONTRATANTE.

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

Cláusula Vigésima – DA UTILIZAÇÃO DA MARCA

20.1. A CONTRATANTE, desde já, e a título gratuito, autoriza a SÓCIODONTO a utilizar, durante a vigência deste Contrato, o seu nome e logotipo em materiais publicitários que façam citação à CONTRATANTE como pertencentes ao portfólio de clientes da SÓCIODONTO.

Cláusula Vigésima Primeira – DO FORO

21.1. Fica eleito o Foro do domicílio da CONTRATANTE, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas deste Contrato.

ANEXO I - ROL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DA ANS

CIRURGIA Alveolo plastia Amputação radicular com obturação retrógrada Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada Aprofundamento/aumento de vestibulo Biópsia de boca Biópsia de glândula salivar Biópsia de lábio Biópsia de língua Biópsia de mandíbula Biópsia de maxila Bridectomia Bridotomia Cirurgia para exostose maxilar Cirurgia para torus mandibular – bilateral Cirurgia para torus mandibular – unilateral Cirurgia para torus palatino Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial Cunha proximal Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose Diagnóstico e tratamento de halitose Diagnóstico e tratamento de xerostomia Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial Exérese ou excisão de cálculo salivar Exérese ou excisão de cistos odontológicos Exérese ou excisão de mucocele Exérese ou excisão de rânula Exodontia a retalho Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética Exodontia de raiz residual Exodontia simples de permanente Frenulectomia labial Frenulectomia lingual Frenulotomia labial Frenulotomia lingual Odonto-seção Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial Reconstrução de sulco gengivo-labial Redução cruenta de fratura alvéolo dentária Redução incruenta de fratura alvéolo dentária Remoção de dentes inclusos / impactados Remoção de dentes semi-inclusos / impactados Remoção de odontoma Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução Ulectomia Ulotomia DENTÍSTICA Ajuste Oclusal por acréscimo Ajuste Oclusal por desgaste seletivo Capecimento pulpar direto Faceta direta em resina fotopolimerizável Remoção de trabalho protético Restauração de amálgama - 1 face Restauração de amálgama - 2 faces Restauração de amálgama - 3 faces Restauração de amálgama - 4 faces Restauração em ionômero de vidro - 1 face Restauração em ionômero de vidro - 2 faces Restauração em ionômero de vidro - 3 faces Restauração em ionômero de vidro - 4 faces Restauração em resina fotopolimerizável 1 face Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces DIAGNÓSTICO Consulta odontológica Consulta odontológica inicial Controle pós-operatório em odontologia Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfaliativa na região buco-maxilo-facial Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	EMERGÊNCIA Colagem de fragmentos dentários Consulta odontológica de Urgência Consulta odontológica de Urgência 24 hs Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial Pulpectomia Recimentação de trabalhos protéticos Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM) Reembasamento de coroa provisória Reimplante dentário com contenção Remoção de dreno extra-oral Remoção de dreno intra-oral Restauração temporária / tratamento expectante Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial Tratamento de alveolite Tratamento de pericoronarite ENDODONTIA Curativo de demora em endodontia Preparo para núcleo intrarradicular Pulpotomia Remoção de corpo estranho intracanal Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico Remoção de núcleo intrarradicular Retratamento endodôntico birradicular Retratamento endodôntico multirradicular Retratamento endodôntico unirradicular Tratamento de perfuração endodôntica Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta Tratamento endodôntico birradicular Tratamento endodôntico multirradicular Tratamento endodôntico unirradicular ODONTOPEDIATRIA Aplicação de cariostático Aplicação de selante - técnica invasiva Aplicação de selante de fôssulas e fissuras Aplicação tópica de verniz fluoretado Condicionamento em Odontologia Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais Controle de cárie incipiente Coroa de acetato em dente decíduo Coroa de acetato em dente permanente Coroa de aço em dente decíduo Coroa de aço em dente permanente Coroa de policarbonato em dente decíduo Coroa de policarbonato em dente permanente Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia Exodontia simples de decíduo Pulpotomia em Dente Decíduo Remineralização Restauração atraumática em dente decíduo Restauração atraumática em dente permanente Tratamento endodôntico em dente decíduo PERIODONTIA Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia Aumento de coroa clínica Cirurgia odontológica a retalho Cirurgia periodontal a retalho Dessensibilização dentária Gingivectomia Gingivoplastia Imobilização dentária em dentes decíduos Imobilização dentária em dentes permanentes Raspagem sub-gengival/alisamento radicular Raspagem supra-gengival Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) Tratamento de abscesso periodontal agudo Tratamento de gengivite necrosante aguda – GUNA PREVENÇÃO Aplicação tópica de flúor Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais Atividade educativa em saúde bucal Atividade educativa para pais e/ou cuidadores Controle de biofilme (placa bacteriana) Profilaxia: polimento coronário Teste de fluxo salivar PRÓTESE DENTÁRIA Coroa provisória com pino Coroa provisória sem pino Coroa total em cerômero Coroa total metálica Núcleo de preenchimento Núcleo metálico fundido Pino pré fabricado Provisório para restauração metálica fundida Restauração metálica fundida RADIOLOGIA Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico) Radiografia interproximal - bite-wing Radiografia oclusal Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) Radiografia periapical
--	--

ANEXO II - TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS / Julho 2011

Procedimentos TUSS Odontologia	Código	T.P.O. Quantidade UO de Rede Credenciada	T.P.R. Quantidade UO de Ressarcimento	Periodicidade (meses)	Idade Mínima (meses)	Idade Máxima (meses)
CIRURGIA						
Alveoloplastia	82.000.034	112,35	99,65	999	180	999
Amputação radicular com obturação retrógrada	82.000.050	226,14	200,59	999	180	999
Amputação radicular sem obturação retrógrada	82.000.069	211,94	187,99	999	180	999
Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	82.000.077	186,65	165,56	999	84	999
Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	82.000.085	186,65	165,56	999	84	999
Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	82.000.158	186,65	165,56	999	84	999
Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	82.000.166	186,65	165,56	999	84	999
Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	82.000.174	163,31	144,86	999	84	999
Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	82.000.182	163,31	144,86	999	84	999
Aprofundamento/aumento de vestibulo	82.000.190	116,65	103,47	999	252	999
Biópsia de boca	82.000.239	46,66	41,39	999	180	999
Biópsia de glândula salivar	82.000.247	46,66	41,39	999	180	999
Biópsia de lábio	82.000.255	46,66	41,39	999	180	999
Biópsia de língua	82.000.263	46,66	41,39	999	180	999
Biópsia de mandíbula	82.000.271	46,66	41,39	999	180	999
Biópsia de maxila	82.000.280	46,66	41,39	999	180	999
Bridectomia	82.000.298	217,00	192,48	999	180	999
Bridotomia	82.000.301	217,00	192,48	999	180	999
Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	82.000.344	250,00	221,75	24	216	999
Cirurgia para exostose maxilar	82.000.352	116,65	103,47	999	180	999
Cirurgia para torus mandibular – bilateral	82.000.360	116,65	103,47	999	180	999
Cirurgia para torus mandibular – unilateral	82.000.387	58,32	51,73	999	180	999
Cirurgia para torus palatino	82.000.395	116,65	103,47	999	180	999
Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	82.000.441	46,66	41,39	999	180	999
Criocirurgia de neoplasias da região buco-maxilo-facial	82.000.522	116,65	103,47	999	180	999
Crioterapia ou termoterapia em odontologia	82.000.549	46,66	41,39	999	180	999
Cunha proximal	82.000.557	30,86	27,37	999	180	999
Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	81.000.197	29,16	25,86	6	180	999
Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	81.000.200	29,16	25,86	6	180	999
Diagnóstico e tratamento de halitose	81.000.219	29,16	25,86	6	180	999
Diagnóstico e tratamento de xerostomia	81.000.235	29,16	25,86	6	180	999
Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	82.000.743	365,00	323,76	999	180	999
Exérese ou excisão de cálculo salivar	82.000.778	46,66	41,39	999	180	999
Exérese ou excisão de cistos odontológicos	82.000.786	139,99	124,17	999	180	999
Exérese ou excisão de mucocoele	82.000.794	196,00	173,85	999	180	999
Exérese ou excisão de rânula	82.000.808	848,00	752,18	999	180	999
Exodontia a retalho	82.000.816	72,91	64,67	999	84	999
Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	82.000.832	56,66	41,39	999	84	999
Exodontia de raiz residual	82.000.859	58,33	51,74	999	84	999
Exodontia simples de permanente	82.000.875	46,66	41,39	999	84	999
Frenulectomia labial	82.000.883	46,66	41,39	999	180	999
Frenulectomia lingual	82.000.891	46,66	41,39	999	180	999
Frenulotomia labial	82.000.905	46,66	41,39	999	180	999
Frenulotomia lingual	82.000.913	46,66	41,39	999	180	999
Odonto-seção	82.001.073	142,00	125,95	999	180	999
Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	82.001.103	46,66	41,39	999	180	999
Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial	82.001.120	58,33	51,74	999	180	999
Reconstrução de sulco gengivo-labial	82.001.154	116,65	103,47	999	252	999
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	82.001.170	825,00	478,98	999	180	999
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	82.001.189	700,00	266,10	999	180	999
Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio buco-maxilo-facial	82.001.219	46,66	41,39	999	180	999
Reeducação e/ou reabilitação de sequela em traumatismo buco-maxilo-facial	82.001.235	46,66	41,39	999	180	999
Remoção de dentes inclusos / impactados	82.001.286	373,30	331,12	999	84	999
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	82.001.294	233,30	206,94	999	84	999
Remoção de odontoma	82.001.367	365,00	323,76	999	180	999
Remoção de tamponamento nasal	82.001.375	46,66	41,39	999	180	999
Retirada de corpo estranho ororantal ou oronasal da região buco-maxilo-facial	82.001.391	46,66	41,39	999	180	999
Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial	82.001.413	46,66	41,39	999	180	999

ANEXO II - TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS / Julho 2011

Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial	82.001.430	29,16	25,86	999	180	999
Sedação consciente com óxido nítrico e oxigênio em odontologia	82.001.448	29,16	25,86	999	180	999
Sedação medicamentosa ambulatorial em odontologia	82.001.456	29,16	25,86	999	180	999
Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	82.001.502	373,30	331,12	999	180	999
Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	82.001.510	440,00	390,28	999	180	999
Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	82.001.529	440,00	390,28	999	180	999
Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	82.001.545	217,00	192,48	999	180	999
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	82.001.553	46,66	41,39	999	180	999
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	82.001.588	46,66	41,39	999	180	999
Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	82.001.596	410,00	363,67	999	180	999
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	82.001.618	365,00	323,76	999	180	999
Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	82.001.634	470,00	416,89	999	180	999
Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autólogo	82.001.669	87,49	77,60	999	180	999
Tunelização	82.001.685	46,66	41,39	999	180	999
Ulectomia	82.001.707	30,86	27,37	999	0	999
Ulotomia	82.001.715	30,86	27,37	999	0	180
DENTÍSTICA						
Ajuste Oclusal por acréscimo	85.400.017	29,16	25,86	12	180	999
Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	85.400.025	29,16	25,86	12	180	999
Capeamento pulpar direto	85.100.013	19,83	17,59	999	0	999
Clareamento dentário caseiro	85.100.021	29,16	25,86	24	180	999
Clareamento dentário de consultório	85.100.030	29,16	25,86	24	180	999
Consulta para Técnica de Clareamento dentário Caseiro	81.000.090	29,16	25,86	24	180	999
Faceta direta em resina fotopolimerizável	85.100.064	217,00	158,24	60	180	999
Remoção de trabalho protético	85.400.505	42,00	37,25	60	180	999
Restauração de amálgama - 1 face	85.100.099	57,30	42,40	24	0	999
Restauração de amálgama - 2 faces	85.100.102	69,90	51,74	24	0	999
Restauração de amálgama - 3 faces	85.100.110	81,80	60,53	24	0	999
Restauração de amálgama - 4 faces	85.100.129	93,70	69,33	24	0	999
Restauração em ionômero de vidro - 1 face	85.100.137	57,30	42,40	24	0	999
Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	85.100.145	69,90	51,74	24	0	999
Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	85.100.153	81,80	60,53	24	0	999
Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	85.100.161	81,80	60,53	24	0	999
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	85.100.196	58,13	43,02	24	0	999
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	85.100.200	84,24	62,29	24	0	999
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	85.100.218	110,68	81,83	24	0	999
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	85.100.226	110,68	81,83	24	0	999
Tratamento de fluorose - microabrasão	85.100.234	29,16	25,86	24	0	999
DIAGNÓSTICO						
Consulta odontológica	81.000.030	29,16	25,86	3	0	0
Consulta odontológica inicial	81.000.065	29,16	25,86	3	0	0
Controle pós-operatório em odontologia	82.000.506	29,16	25,86	3	0	0
Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	81.000.111	210,00	186,27	3	0	0
Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	81.000.138	210,00	186,27	3	0	0
Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	81.000.154	210,00	186,27	3	0	0
Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	81.000.170	210,00	186,27	3	0	0
Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	81.000.189	29,16	25,86	3	0	0
EMERGÊNCIA						
Colagem de fragmentos dentários	85.100.048	39,08	39,08	0	0	0
Consulta odontológica de Urgência	81.000.049	39,08	39,08	0	0	0
Consulta odontológica de Urgência 24 hs	81.000.057	39,08	39,08	0	0	0
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	82.000.468	39,08	39,08	0	0	0
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	82.000.484	39,08	39,08	3	0	0
Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	82.001.022	39,08	39,08	0	0	0
Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	82.001.030	39,08	39,08	0	0	0
Pulpectomia	85.200.034	39,08	39,08	0	0	0
Recimentação de trabalhos protéticos	85.400.467	39,08	39,08	0	0	0
Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	82.001.197	39,08	39,08	0	0	0
Reembasamento de coroa provisória	85.400.475	39,08	39,08	0	0	0
Reimplante dentário com contenção	82.001.251	39,08	39,08	0	0	0
Remoção de dreno extra-oral	82.001.308	39,08	39,08	0	0	0
Remoção de dreno intra-oral	82.001.316	39,08	39,08	0	0	0

ANEXO II - TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS / Julho 2011

Restauração temporária / tratamento expectante	85.200.085	39,08	39,08	0	0	0
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	82.001.499	39,08	39,08	3	0	0
Tratamento conservador de luxação da articulação tâmporo-mandibular - ATM	82.001.642	39,08	39,08	0	0	0
Tratamento de alveolite	82.001.650	39,08	39,08	0	0	0
Tratamento de pericoronarite	85.300.080	39,08	39,08	0	0	0
ENDODONTIA						
Clareamento de dente desvitalizado	85.200.018	58,33	51,74	24	180	999
Curativo de demora em endodontia	85.100.056	62,79	55,69	1	72	999
Preparo para núcleo intrarradicular	85.200.026	39,00	34,59	60	84	999
Pulpotomia	85.200.042	91,00	80,72	999	72	180
Remoção de corpo estranho intracanal	85.200.050	86,50	76,73	60	180	999
Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	85.200.069	86,50	76,73	60	84	999
Remoção de núcleo intrarradicular	85.200.077	67,00	59,43	0	84	999
Retratamento endodôntico birradicular	85.200.093	519,40	409,53	36	84	999
Retratamento endodôntico multirradicular	85.200.107	731,90	579,39	36	84	999
Retratamento endodôntico unirradicular	85.200.115	327,90	255,10	36	84	999
Tratamento de perfuração endodôntica	85.200.123	86,50	76,73	999	180	999
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	85.200.131	62,79	55,69	1	72	216
Tratamento endodôntico birradicular	85.200.140	346,40	256,08	999	84	999
Tratamento endodôntico multirradicular	85.200.158	472,40	349,21	999	84	999
Tratamento endodôntico unirradicular	85.200.166	241,40	178,46	999	84	999
ODONTOLOGIA LEGAL						
Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	81.000.073	29,16	25,86	0	0	0
ODONTOPEDIATRIA						
Aparelho protetor bucal	84.000.015	210,00	186,27	12	0	180
Aplicação de cariotático	84.000.031	19,83	17,59	6	0	84
Aplicação de selante - técnica invasiva	84.000.058	19,83	17,59	12	0	180
Aplicação de selante de fósulas e fissuras	84.000.074	19,83	17,59	12	0	180
Aplicação tópica de verniz fluorado	84.000.112	14,00	12,42	6	0	180
Condicionamento em Odontologia	81.000.014	29,16	25,86	6	0	108
Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	87.000.032	29,16	25,86	6	0	108
Controle de cárie incipiente	84.000.171	19,83	17,59	12	0	180
Coroa de acetato em dente decíduo	83.000.020	107,00	79,12	24	0	144
Coroa de acetato em dente permanente	87.000.040	300,00	266,10	24	72	180
Coroa de aço em dente decíduo	83.000.046	300,00	266,10	24	24	180
Coroa de aço em dente permanente	87.000.059	300,00	266,10	24	24	180
Coroa de policarbonato em dente decíduo	83.000.062	300,00	266,10	24	24	180
Coroa de policarbonato em dente permanente	87.000.067	300,00	266,10	24	24	180
Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	82.000.700	29,16	25,86	6	0	108
Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	87.000.148	29,16	25,86	6	0	108
Exodontia simples de decíduo	83.000.089	46,66	41,39	999	0	144
Pulpotomia em dente decíduo	83.000.127	91,00	80,72	999	0	144
Remineralização	84.000.201	14,00	12,42	6	0	180
Restauração atraumática em dente decíduo	83.000.135	19,83	17,59	12	0	180
Restauração atraumática em dente permanente	85.100.080	19,83	17,59	12	0	180
Sedação consciente com óxido nítrico e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia	87.000.164	29,16	25,86	12	0	180
Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia	87.000.180	29,16	25,86	12	0	999
Tratamento endodôntico em dente decíduo	83.000.151	140,60	103,97	24	0	144
PERIODONTIA						
Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	82.000.026	57,30	50,83	6	180	999
Aumento de coroa clínica	82.000.212	139,00	123,29	6	180	999
Cirurgia odontológica a retalho	82.000.336	87,49	77,60	6	180	999
Cirurgia periodontal a retalho	82.000.417	130,65	115,89	12	180	999
Dessensibilização dentária	85.300.012	48,99	43,45	12	180	999
Enxerto conjuntivo subepitelial	82.000.646	87,49	77,60	60	180	999
Enxerto gengival livre	82.000.662	87,49	77,60	600	180	999
Enxerto pediculado	82.000.689	87,49	77,60	600	180	999
Gengivectomia	82.000.921	139,00	123,29	6	180	999
Gengivoplastia	82.000.948	34,75	30,82	6	180	999
Imobilização dentária em dentes decíduos	85.000.787	79,91	70,88	12	180	999
Imobilização dentária em dentes permanentes	85.300.020	79,91	70,88	12	180	999

ANEXO II - TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS / Julho 2011

Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	85.300.039	76,47	67,83	6	180	999
Raspagem supra-gengival	85.300.047	55,10	48,87	6	180	999
Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	85.300.055	63,62	56,43	12	180	999
Sepultamento radicular	82.001.464	142,00	125,95	999	180	999
Tratamento de abscesso periodontal agudo	85.300.063	76,47	67,83	12	180	999
Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA	85.300.071	39,08	34,66	6	180	999
PREVENÇÃO						
Aplicação tópica de flúor	84.000.090	69,99	62,08	6	0	180
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	87.000.016	35,00	31,05	6	0	0
Atividade educativa em saúde bucal	84.000.139	35,00	31,05	6	0	0
Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	87.000.024	35,00	31,05	6	0	0
Controle de biofilme (placa bacteriana)	84.000.163	40,43	35,86	6	0	0
Profilaxia: polimento coronário	84.000.198	40,43	35,86	6	0	0
Teste de capacidade tampão da saliva	84.000.228	29,16	25,86	6	180	999
Teste de contagem microbiológica	84.000.236	29,16	25,86	6	180	999
Teste de fluxo salivar	84.000.244	29,16	25,86	6	180	999
Teste de PH salivar	84.000.252	29,16	25,86	6	180	999
PRÓTESE DENTÁRIA						
Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	85.400.033	173,71	51,74	12	180	999
Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	85.400.041	173,71	154,08	12,00	180,00	999,00
Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	85.400.050	173,71	154,08	12	180	999
Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	85.400.068	173,71	154,08	12,00	180,00	999,00
Coroa provisória com pino	85.400.076	154,32	69,33	6	84	999
Coroa provisória sem pino	85.400.084	154,32	69,33	6	84	999
Coroa total acrílica prensada	85.400.092	358,60	215,74	60	180	999
Coroa total em cerâmica pura	85.400.106	1.022,68	422,68	60	180	999
Coroa total em cerômero	85.400.114	850,00	407,39	60	180	999
Coroa total metálica	85.400.149	462,86	410,56	60	180	999
Coroa total metalo cerâmica	85.400.157	1.079,41	517,35	60	180	999
Coroa total metalo plástica – cerômero	85.400.165	850,00	407,39	60	180	999
Coroa total metalo plástica – resina acrílica	85.400.173	711,21	388,01	60	180	999
Diagnóstico por meio de enceramento	81.000.243	29,16	25,86	60	180	999
Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	81.000.260	29,16	25,86	60	180	999
Faceta em cerâmica pura	85.400.181	1.053,46	422,68	60	192	999
Faceta em cerômero	85.400.190	462,86	332,84	60	160	999
Guia cirúrgico para prótese total imediata	85.400.203	358,60	318,08	60	180	999
Núcleo de preenchimento	85.400.211	145,81	129,33	60	180	999
Núcleo metálico fundido	85.400.220	234,27	129,33	60	180	999
Onlay de Resina Indireta	85.400.238	711,21	630,84	60	180	999
Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	85.400.246	435,41	205,39	12	180	999
Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)	85.400.254	235,00	208,45	12	180	999
Pino pré fabricado	85.400.262	234,27	129,33	60	180	999
Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	85.100.072	235,00	53,22	24	180	999
Provisório para Faceta	85.400.432	154,32	136,88	6	84	999
Provisório para Inlay/Onlay	85.400.440	154,32	136,88	6	84	999
Provisório para Restauração metálica fundida	85.400.459	154,32	69,33	6	84	999
Prótese fixa adesiva direta (provisória)	85.400.289	154,32	136,88	6	84	999
Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	85.400.297	2.516,43	1.254,37	60	160	999
Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	85.400.300	1.307,99	651,87	60	180	999
Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	85.400.319	1.046,39	521,49	60	180	999
Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)	85.400.327	850,00	407,39	60	160	999
Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	85.400.335	1.089,33	526,15	60	180	999
Prótese parcial fixa em metalo plástica	85.400.343	711,21	388,01	60	180	999
Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	85.400.351	1.089,33	526,15	60	180	999
Prótese parcial fixa provisória	85.400.360	154,32	69,33	6	84	999
Prótese parcial fixa provisória em carga imediata	85.500.135	234,27	207,80	6	84	999
Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	85.400.378	1.350,00	431,08	60	240	999
Prótese parcial removível com grampos bilateral	85.400.386	1.341,11	420,61	60	180	999
Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	85.400.394	631,56	205,39	60	84	999
Prótese total	85.400.408	1.165,10	526,15	60	216	999
Prótese total imediata	85.400.416	993,18	526,15	60	216	999
Prótese total incolor	85.400.424	1.279,65	614,11	60	216	999

ANEXO II - TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS / Julho 2011

Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	85.400.483	387,12	172,80	12	180	999
Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	85.400.491	387,12	172,80	12	180	999
Restauração em cerâmica pura - inlay	85.400.513	1.053,46	422,68	60	192	999
Restauração em cerâmica pura - onlay	85.400.521	1.053,46	422,68	60	192	999
Restauração em cerômero - inlay	85.400.548	829,56	332,84	60	160	999
Restauração em cerômero - onlay	85.400.530	829,56	332,84	60	160	999
Restauração em resina (indireta) - Inlay	85.100.170	692,31	278,97	60	192	999
Restauração em resina (indireta) - Onlay	85.100.188	692,31	278,97	60	192	999
Restauração metálica fundida	85.400.556	385,28	212,11	60	180	999
RADIOLOGIA						
Fotografia	81.000.278	20,00	9,76	12	0	0
Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	81.000.294	275,00	122,67	12	0	0
Modelos ortodônticos	81.000.308	125,00	40,80	12	0	0
Radiografia antero-posterior	81.000.324	100,00	88,70	12	0	0
Radiografia da ATM	81.000.340	240,00	84,92	12	0	0
Radiografia da mão e punho - carpal	81.000.367	125,00	37,25	12	0	180
Radiografia interproximal - bite-wing	81.000.375	11,66	10,34	0	0	0
Radiografia oclusal	81.000.383	23,33	20,69	12	0	0
Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	81.000.405	85,00	75,40	12	0	0
Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	81.000.413	115,00	84,92	12	0	0
Radiografia periapical	81.000.421	9,91	8,79	0	0	0
Radiografia pósterio-anterior	81.000.430	100,00	88,70	12	0	0
Slide	81.000.456	20,00	9,76	12	0	0
Telerradiografia	81.000.472	100,00	84,92	12	0	0
Telerradiografia com traçado cefalométrico	81.000.480	155,00	84,92	12	0	0
Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	81.000.510	2.350,00	1.042,23	12	180	999
Tomografia convencional – linear ou multi-direcional	81.000.529	1.350,00	287,39	12	180	999
Traçado Cefalométrico	81.000.537	50,00	28,38	12	0	0
ORTODONTIA e ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES						
Aletas Gomes	86.000.012	982,79	871,73	60	12	999
Aparelho de Klammt	86.000.020	1.427,17	1.265,90	60	12	999
Aparelho de protração mandibular - APM	86.000.039	982,79	871,73	60	12	999
Aparelho de Thurow	86.000.047	1.427,17	1.265,90	60	12	999
Aparelho extra-bucal	86.000.055	827,85	734,30	60	24	999
Aparelho ortodôntico fixo estético	86.000.063	1.427,17	1.265,90	84	24	999
Aparelho ortodôntico fixo estético parcial	86.000.080	982,79	871,73	84	24	999
Aparelho ortodôntico fixo metálico	86.000.098	1.427,17	1.265,90	84	24	999
Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	86.000.110	982,79	871,73	84	24	999
Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheier	86.000.128	525,35	465,99	60	24	999
APM - Aparelho de Protração Mandibular	86.000.136	1.665,22	1.477,05	60	12	999
Arco lingual	86.000.144	323,52	286,96	60	12	999
Barra transpalatina fixa	86.000.152	323,52	286,96	60	12	999
Barra transpalatina removível	86.000.160	323,52	286,96	60	12	999
Bionator de Balters	86.000.179	1.427,17	1.265,90	60	24	999
Blocos geminados de Clark – twinblock	86.000.187	1.427,17	1.265,90	60	12	999
Botão de Nance	86.000.195	323,52	286,96	60	12	999
Contenção fixa - por arcada	86.000.209	220,00	195,14	36	12	999
Disjuntor palatino - Hix	86.000.225	970,58	860,90	60	24	999
Disjuntor palatino - Macnamara	86.000.233	970,58	860,90	60	24	999
Distalizador com mola nitinol	86.000.241	827,37	733,88	60	12	999
Distalizador de Hilgers	86.000.250	406,31	360,40	60	12	999
Distalizador Distal Jet	86.000.268	629,93	558,75	60	12	999
Distalizador Pendulo/Pendex	86.000.276	406,31	360,40	60	12	999
Distalizador tipo Jones Jig	86.000.284	629,93	558,75	60	12	999
Documentação eletromiográfica	86.000.292	323,50	286,94	60	12	999
Gianelly	86.000.306	629,93	558,75	60	12	999
Grade palatina fixa	86.000.314	629,93	558,75	36	12	999
Grade palatina removível	86.000.322	508,13	450,71	60	24	999
Herbst encapsulado	86.000.330	1.665,22	1.477,05	60	12	999
Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	86.000.357	307,70	272,93	1	24	999
Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	86.000.365	307,70	272,93	1	24	999
Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	86.000.373	307,70	272,93	0	0	0

ANEXO II - TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS / Julho 2011

Mantenedor de espaço fixo	83.000.097	362,66	170,49	12	24	144
Mantenedor de espaço removível	83.000.100	362,66	170,49	12	24	144
Máscara facial – Delaire e Tração Reversa	86.000.381	827,85	734,30	60	24	999
Mentoneira	86.000.390	629,93	558,75	0	24	999
Modelador elástico de Bimler	86.000.403	1.427,17	1.265,90	60	24	999
Monobloco	86.000.411	1.427,17	1.265,90	60	12	999
Obtenção de modelos gnatostáticos de Planas	86.000.420	323,50	286,94	60	12	999
Pistas diretas de Planas - superior e inferior	86.000.438	1.427,17	1.265,90	60	24	999
Pistas indiretas de Planas	86.000.446	1.427,17	1.265,90	60	12	999
Placa oclusal resiliente	85.400.270	380,00	337,06	60	12	999
Placa de distalização de molares	86.000.454	629,93	558,75	60	12	999
Placa de Hawley	86.000.462	525,35	465,99	60	24	999
Placa de Hawley - com torno expensor	86.000.470	629,93	558,75	60	12	999
Placa de mordida ortodôntica	86.000.489	380,00	337,06	12	24	999
Placa de Schwarz	86.000.497	323,50	286,94	12	24	999
Placa de verticalização de caninos	86.000.500	629,93	558,75	60	12	999
Placa dupla de Sanders	86.000.519	1.427,17	1.265,90	60	12	999
Placa encapsulada de Maurício	86.000.527	629,93	558,75	60	12	999
Placa lábio-ativa	86.000.535	323,50	286,94	60	24	999
Plano anterior fixo	86.000.543	406,31	360,40	60	12	999
Plano inclinado	86.000.551	406,31	360,40	60	24	999
Quadrihélice	86.000.560	837,37	742,75	60	24	999
Regulador de função de Frankel	86.000.578	1.665,22	1.477,05	60	24	999
Simões Network	86.000.586	1.427,17	1.265,90	60	12	999
Splinter	86.000.594	1.427,17	1.265,90	60	12	999
IMPLANTODONTIA						
Coroa provisória sobre implante	85.500.011	600,00	283,08	60	216	999
Coroa provisória sobre implante com carga imediata	85.500.020	230,00	204,01	60	216	999
Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerâmica	85.400.122	1.079,41	957,44	60	216	999
Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerômero	85.400.130	711,21	630,84	60	216	999
Coroa total metalo cerâmica sobre implante	85.500.038	3.750,00	2.022,36	60	216	999
Coroa total metalo plástica sobre implante – cerômero	85.500.046	3.750,00	2.022,36	60	216	999
Coroa total metalo plástica sobre implante – resina acrílica	85.500.054	3.750,00	2.022,36	60	216	999
Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	82.000.581	2.750,00	1.280,61	60	216	999
Enxerto com osso autógeno do mento	82.000.603	1.925,00	1.024,49	60	216	120
Enxerto com osso liofilizado	82.000.620	600,00	279,41	60	216	999
Guia cirúrgico para implante	85.500.062	300,00	141,03	60	216	999
Implante ortodôntico	82.000.964	1.200,00	1.064,40	60	216	999
Implante ósseo integrado	82.000.980	1.750,00	1.552,25	60	180	999
Implante Zigomático	82.001.006	3.250,00	2.882,75	60	216	999
Intermediário protético (para implantes)	85.500.070	600,00	532,20	60	216	999
Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	82.001.049	2.500,00	1.175,28	60	216	999
Levantamento do seio maxilar com osso homólogo	82.001.057	1.800,00	1.596,60	60	216	999
Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	82.001.065	2.500,00	1.175,28	60	216	999
Manutenção de prótese sobre implantes	85.500.089	50,00	23,51	12	216	999
Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	85.500.097	2.500,00	2.217,50	60	216	999
Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	85.500.100	3.500,00	3.104,50	60	216	999
Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes	85.500.119	3.000,00	2.661,00	60	216	999
Prótese parcial fixa implanto suportada	85.500.127	3.750,00	2.019,03	60	180	999
Protocolo Branemark em carga imediata para 4 implantes - parte protética	85.500.143	18.000,00	15.966,00	60	216	999
Protocolo Branemark em carga imediata para 5 implantes - parte protética	85.500.151	24.000,00	21.288,00	60	216	999
Protocolo Branemark para 4 implantes	85.500.160	24.000,00	12.772,80	60	216	999
Protocolo Branemark para 5 implantes	85.500.178	30.000,00	15.966,00	60	216	999
Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	85.500.186	4.500,00	2.394,90	60	216	999
Protocolo Branemark provisório para 5 implantes	85.500.194	6.750,00	3.592,35	60	216	999
Reabertura - colocação de cicatrizador	82.001.138	34,75	30,82	6	180	999
Regeneração tecidual guiada – RTG	82.001.243	750,00	352,58	36	216	999
Remoção de implante dentário não ósseo integrado	82.001.324	373,30	39,59	60	216	999
Remoção de implante dentário ósseo integrado no seio maxilar	82.001.332	473,30	419,82	60	216	999

ANEXO III - TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM PÓS PAGAMENTO

Resolução Normativa DC/ANS nº 59 de 19/12/2003

Planos;

500.605/24-8 Sociodonto Misto COL/ADE

500.606/24-6 Sociodonto Misto COL/EMP

500.604/24-0 Sociodonto Misto IND/FAM

*Procedimentos cobertos na mensalidade paga em Pré Pagamento

Codigo	Procedimento	Valor Pós-Pagamento
--------	--------------	---------------------

Diagnostico

81000030	*Consulta	R\$ 0,00
81000065	*Consulta Inicial	R\$ 0,00
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	R\$ 120,00
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	R\$ 250,00
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	R\$ 250,00
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	R\$ 250,00
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	R\$ 250,00
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	R\$ 120,00
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	R\$ 120,00

Urgência e Emergência

82000484	*Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilofacial	R\$ 0,00
82000468	*Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilofacial	R\$ 0,00
82000468	*Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 0,00
81000049	*Consulta de Urgência	R\$ 0,00
81000057	*Consulta de Urgência 24h	R\$ 0,00
85300020	*Imobilização dentária em dentes permanentes (ferulização)	R\$ 0,00
85400505	Remoção de trabalho protético	R\$ 72,00
85400467	*recimentação de tralh proético	R\$ 0,00
82001650	*Tratamento de alveolite	R\$ 0,00
85100048	*Colagem de fragmentos dentários	R\$ 0,00
82001022	*Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 0,00
82001030	*Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 0,00
82001197	*redução simples de luxção de atm	R\$ 0,00
85200034	*Pulpotomia deciduo e permanente	R\$ 0,00
82001251	*Reimplante de dente avulsionado	R\$ 0,00

Radiologia

81000421	Radiografia periapical	R\$ 25,00
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	R\$ 25,00
81000383	Radiografia oclusal	R\$ 43,80
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	R\$ 70,00
81000294	Levantamento Radiográfico	R\$ 140,00

Prevenção

84000139	*Atividade educativa em saúde bucal/ orientação em higiene oral	R\$ 0,00
84000163	*Controle de biofilme - placa bacteriana	R\$ 0,00
84000198	*Profilaxia: polimento coronário	R\$ 0,00
84000090	*Aplicação tópica de flúor	R\$ 0,00
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras (com diretriz de utilização - DUT 80)	R\$ 30,00

Dentística

84000031	Aplicação de cariostático (com diretriz de utilização - DUT 79)	R\$ 30,00
----------	---	-----------

85100242	Adequação do meio bucal	R\$	30,00
85100137	Restauração em ionomero de vidro - 1 face	R\$	80,00
85100145	Restauração em ionomero de vidro - 2 faces	R\$	100,00
85100153	Restauração em ionomero de vidro - 3 faces	R\$	100,00
85100161	Restauração em ionomero de vidro - 4 faces	R\$	120,00
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	R\$	46,99
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	R\$	72,00
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	R\$	86,40
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	R\$	93,80
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R\$	80,00
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	R\$	120,00
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	R\$	130,00
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	R\$	140,00
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	R\$	150,00
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo	R\$	54,00
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	R\$	54,00

Periodontia

85300047	Raspagem supra-gengival	R\$	228,00
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	R\$	220,00
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes (ferrulização)	R\$	103,00
82000921	Gengivectomia	R\$	87,10
82000948	Gengivoplastia	R\$	429,00
82000212	Aumento de coroa clínica	R\$	178,10
82000557	Cunha proximal	R\$	104,00
82000662	Enxerto gengival livre	R\$	169,00
82000689	Enxerto pediculado	R\$	195,00
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial	R\$	600,00
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	R\$	436,80

Endodontia

85100013	Capeamento pulpar direto	R\$	45,00
85200042	Pulpotomia deciduo e permanente	R\$	135,20
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	R\$	210,00
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	R\$	320,00
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	R\$	420,00
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	R\$	582,00
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	R\$	240,00
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	R\$	290,00
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	R\$	390,00
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	R\$	504,00
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênes incompleta	R\$	48,00

Cirurgia

82000034	Alveoloplastia	R\$	130,00
82000085	Apicetomia birradiculares sem ou com obturação retrógrada	R\$	416,00
82000166	Apicetomia multirradiculares sem ou com obturação retrógrada	R\$	468,00
82000182	Apicetomia unirradiculares sem ou com obturação retrógrada	R\$	364,00
82000239	Biópsia de boca (com diretriz de utilização - DUT 81)	R\$	120,60
82000298	Bridectomia	R\$	250,00
82000301	Bridotomia	R\$	250,00
82000360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral	R\$	256,00
82000387	Cirurgia para torus mandibular - unilateral	R\$	190,00
82000395	Cirurgia para torus palatino	R\$	198,00
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos (com diretriz de utilização - DUT 91)	R\$	350,00
82000794	Exérese ou excisão de mucoccele	R\$	140,00
82000808	Exérese ou excisão de rânula	R\$	148,20
82000816	Exodontia a retalho	R\$	190,00
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	R\$	150,00
82000859	Exodontia de raiz residual	R\$	150,00
82000875	Exodontia simples de permanente	R\$	150,00

83000089	Exodontia simples de decíduo	R\$	90,00
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	R\$	256,00
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	R\$	256,00
82000883	Frenulectomia labial	R\$	104,00
82000891	Frenulectomia lingual	R\$	104,00
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	R\$	550,00
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	R\$	350,00
82000190	sulcoplastia	R\$	120,00
82001707	Ulectomia	R\$	88,00
82001715	Ulotomia	R\$	80,00
82001073	hemisseção com/sem amputação radicular	R\$	402,00
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	R\$	402,00
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	R\$	200,40
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	R\$	200,40
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	R\$	200,40
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	R\$	200,40
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	R\$	120,00
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	R\$	150,00
82001367	Remoção de odontoma	R\$	750,00
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	R\$	750,00
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	R\$	950,00
82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	R\$	950,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	R\$	250,00
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	R\$	500,00

Protese

85400076	Coroa provisória com pino (com diretriz de utilização - DUT 90)	R\$	145,60
85400084	Coroa provisória sem pino	R\$	145,60
85400114	Coroa total em cerômero (com diretriz de utilização - DUT 92)	R\$	650,00
85400149	Coroa total metálica (com diretriz de utilização - DUT 93)	R\$	434,40
85400220	Núcleo metálico fundido (com diretriz de utilização - DUT 94)	R\$	216,00
85400262	Pino pré fabricado (com diretriz de utilização - DUT 94)	R\$	154,20
85400556	Restauração metálica fundida (com diretriz de utilização - DUT 95)	R\$	360,00
85400211	Núcleo de preenchimento	R\$	144,00

Odontopediatria

85100242	Adequação de Meio		R\$30,00
84000031	Aplicação de carióstático		R\$30,00
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva		R\$30,00
84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras		R\$30,00
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado		R\$30,00
81000014	Condicionamento em Odontologia		R\$26,00
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais		R\$26,00
84000171	Controle de cárie incipiente		R\$25,00
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo		R\$145,60
87000040	Coroa de acetato em dente permanente		R\$145,60
83000046	Coroa de aço em dente decíduo		R\$434,40
87000059	Coroa de aço em dente permanente		R\$434,40
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo		R\$434,40
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente		R\$434,40
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica		R\$26,00
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais		R\$26,00
83000089	Exodontia simples de decíduo		R\$90,00
83000097	Mantenedor de espaço fixo		R\$216,00
83000100	Mantenedor de espaço removível		R\$216,00
83000127	Pulpotomia em Dente Decíduo		R\$135,20
84000201	Remineralização		R\$43,80
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo		R\$43,80
85100080	Restauração atraumática em dente permanente		R\$43,80
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo		R\$240,00

ANEXO IV - FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO

[illegible]



ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

- Leve o Formulário de Requisição de Reembolso na primeira consulta com seu dentista.
- Preencha corretamente o Formulário de Requisição de Reembolso (ver item 1).
- Preencha corretamente os DADOS BANCÁRIOS e o CPF do Beneficiário Titular.
- Envie o Formulário de Requisição de Reembolso para o Endereço informado abaixo ou entregue com o DDT à melhor forma de encaminhá-lo.
- Verifique corretamente os requisitos necessários para pagamento do reembolso.

Endereço: Sódodonto - Rua Colômbia, 375 - Sala 1002

Belo Horizonte / MG - CEP: 30130-050

1. PREENCHIMENTO DO FRR - CAMPOS OBRIGATORIOS

- Dados completos do Cirurgião Dentista e CPF
- Dados bancários do Beneficiário Titular do plano e CPF
- Número da Clínica Sódodonto e nome do paciente (em tratamento com o Cirurgião dentista)
- Nome e Cargo do Beneficiário Titular do plano
- Descrição do tratamento realizado, qual deve conter: número do dente tratado, tecido, área ou região da boca tratada, descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha) e valor cobrado pelo dentista (por evento realizado).

2. ENVIO DO FRR PARA REEMBOLSO

- Observe o item 1 referente ao preenchimento do Formulário de Requisição de Reembolso para obtenção do reembolso.
- Enviar o FRR e RECIBO ORIGINAL. O recibo deve ser emitido pelo Cirurgião dentista, em valor igual ao total do tratamento realizado e descrito neste Formulário de Requisição de Reembolso.
- Enviar a documentação clínica completa do caso, incluindo radiografias incisais e laterais dos tratamentos visualizadas radiograficamente (radiunicações, próteses, endodontia e cirurgia, entre outras).

3. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO

O valor do reembolso devido será creditado na conta corrente do Beneficiário Titular informado no Formulário de Requisição de Reembolso no prazo estabelecido em contrato, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nos itens 1 e 2.

IMPORTANTE: Os originais do Formulário de Requisição de Reembolso e do recibo não são devolvidos. Os eventos reembolsáveis, bem como os respectivos valores são definidos entre a empresa com a qual o Beneficiário Titular mantém vínculo e a Sódodonto.

Solicitação de Reembolso e Termo de Responsabilidade

Declaramos e estar cientes e de acordo com a s normas e o s procedimentos descritos neste Formulário de Requisição de Reembolso, sobrestado da necessidade de apresentação do original do Formulário de Requisição de Reembolso e do recibo de pagamento profissional, bem como da documentação radiográfica referente ao tratamento informado neste Formulário de Requisição de Reembolso.

Declaramos ainda, ciência de que este Formulário de Requisição de Reembolso será devolvido, caso todos os documentos pertinentes ao tratamento em questão não sejam apresentados corretamente.

_____ de _____ de 20____

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura do Cirurgião - Dentista

Auditado em: ____/____/____

Auditor: _____

Aprovado para: ____/____/____

Valor aprovado: _____

verso

ANEXO V

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	4
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	N.A
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratada nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	4
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	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.	4
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	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.	5
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes ou seu responsável saiba ser portador.	4

CARÊNCIAS	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.	8
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	7
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	11
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	11
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	9
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	7

N.A. = não se aplica

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 GUA 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

Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20031-040
Rio de Janeiro - RJ

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

ANEXO VII

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 consumidor quem escolhe as características do plano a ser contratado.

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

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

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA É permitida a exigência de carência nos planos de saúde individuais e familiares, desde que o beneficiário não tenha sido beneficiário de outro plano de saúde no período de 12 (doze) meses anteriores à contratação. A carência não pode ser superior a 30 (trinta) dias para planos de saúde individuais e familiares e a 180 (cento e oitenta) dias para planos de saúde coletivos.	Coletivo Empresarial Com 30 participantes no plano Não é permitida a exigência de carência para o beneficiário de saúde, desde que o beneficiário tenha sido beneficiário de outro plano de saúde no período de 12 (doze) meses anteriores à contratação. A carência não pode ser superior a 30 (trinta) dias para planos de saúde coletivos.
Coletivo por Adesão Com menos de 30 participantes Não é permitida a exigência de carência para o beneficiário de saúde, desde que o beneficiário tenha sido beneficiário de outro plano de saúde no período de 12 (doze) meses anteriores à contratação. A carência não pode ser superior a 30 (trinta) dias para planos de saúde coletivos.	Coletivo por Adesão Com menos de 30 participantes Não é permitida a exigência de carência para o beneficiário de saúde, desde que o beneficiário tenha sido beneficiário de outro plano de saúde no período de 12 (doze) meses anteriores à contratação. A carência não pode ser superior a 30 (trinta) dias para planos de saúde coletivos.

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

O beneficiário de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde e não o ter o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, assim contratando individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de saúde coletivos de adesão.

A condição para exercer esse direito é que a operadora contratante aplique 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.

Esse 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 consumidor tem direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde incluem ou combinam diferentes segmentos assistenciais do plano de saúde a ser contratado pelo consumidor. A Lei nº 9.636/1998 define como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em ambulatório padronizado. O contrato pode prever cobertura mais ampla do que a exigida pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.636/1998.

A cobertura para o plano de saúde ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende da contratação específica.

Abraqueção geográfica

Aponta, para o beneficiário, a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todos os serviços de assistência à saúde contratados. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, município ou grupo de municípios.

Área de atuação

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

É importante que o consumidor, logo antes e estas informações, deve constar no contrato de forma clara, abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de 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 vinculados ao plano contratado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência consideram-se a como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante no contrato, estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informações sobre este e outros detalhes do contrato, o consumidor deve consultar sua operadora. Para mais detalhes, consulte a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo telefone 0800-904900.

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. Paulista, 1568 - 14º andar - 01305-900 - São Paulo, SP

Suplementar (0800) 904900
www.ans.gov.br
atendimento ao consumidor

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo contratado no ato da contratação que o consumidor tem conhecimento da Declaração de Intenção de Pagamento (DIP), conforme Carta de Omissão ao Beneficiário de Seguro Obrigatório a Operadora deverá cobrir a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, dos cobrimentos para procedimentos de alta complexidade, intervenções cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, se a análise exclusivamente a DIP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Aggravo, que é um adicional no valor da mensalidade pago ao plano por período de rescisão na saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que a operadora esteja em condições. Como operadora opte pelo não oferecimento da CPT ou Aggravo a cobertura será total para a DIP. A operadora do plano de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DIP. Fatores declarados pelo consumidor sem prévia autorização da ANS, que se se de após processo administrativo em que o consumidor é ouvido.	Coletivo Empresarial Com 30 participantes ou mais Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Aggravo, desde que o beneficiário formule o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua modificação a pessoa jurídica contratante Com menos de 30 participantes É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Aggravo, independentemente do número de participantes
FATOR MODERADOR, AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS, PERÍCIA PROFISSIONAIS E DIRECIONAMENTO A PRESTADORES PARA SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS	É importante que o consumidor verifique (1) se o plano a ser contratado possui participação ativa financeira. 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. É obrigatório constar no contrato, por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou desacompanhada de prestadores se houver previsão no contrato.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação do reajuste. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, por qualquer 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 consumidor deverá, no entanto, à periculosidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão comunicados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do consumidor no plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos.
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação do reajuste. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, por qualquer 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 consumidor deverá, no entanto, à periculosidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão comunicados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do consumidor no plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora.	No caso de prestadores hospitalares a alteração necessita ser autorizada 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, caso por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja devidamente notificado até o 30º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora do plano de saúde. É importante que o consumidor fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão contratual unilateral é motivada, por qualquer das partes, podendo 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 sem rescisão da pessoa jurídica contratante, a operadora não pode excluir ou suspender a 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 congêneres, órgão público ou empresa.

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

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do consumidor no pagamento da mensalidade, é a assegurada ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No

caso de morte do titular demandado ou aposentado é assegurada a permanência do grupo familiar.

O consumidor 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 contratário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O consumidor assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de consumidor 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 com o empregador ou servidor.

Se tentamos que o consumidor perda o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua demissão em um novo emprego ou cargo.