

## **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 Medgold 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 MEDGOLD SAÚDE: Pessoa Jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº XXXXXXXXXXXXXXXX, operadora de planos privados de assistência à saúde inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº XXXXXXXXXXXX, com sede XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, na cidade de xxxxxxxxxxxxxxxx, CEP XXXXXXXXXXXXXXXX, 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 Medgold 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 MEDGOLD 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 MEDGOLD 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 MEDGOLD 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.

| <b>Registro ANS</b> | <b>Nome</b> | <b>Cobertura</b> | <b>Formação de Preço</b> |
|---------------------|-------------|------------------|--------------------------|
|                     |             |                  |                          |
|                     |             |                  |                          |
|                     |             |                  |                          |

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 MEDGOLD 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 |
|--------------|------|-----------|-------------------|
|              |      |           |                   |
|              |      |           |                   |

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 ultima 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 ultima 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 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 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 MEDGOLD 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 MEDGOLD 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 MEDGOLD 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

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

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

| Procedimentos TUSS Odontologia                                                  | Código     | T.P.O. Quantidade<br>UO de Rede<br>Credenciada | T.P.R. Quantidade<br>UO de<br>Ressarcimento | Periodicidade<br>(meses) | Idade Mínima<br>(meses) | Idade Máxima<br>(meses) |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>CIRURGIA</b>                                                                 |            |                                                |                                             |                          |                         |                         |
| 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 | 163,37                                         | 144,86                                      | 999                      | 84                      | 999                     |
| Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada                             | 82.000.182 | 163,37                                         | 144,86                                      | 999                      | 84                      | 999                     |
| Aprofundamento/aumento de vestíbulo                                             | 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 mucocelo                                                  | 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 orontral 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 |
| <b>DENTÍSTICA</b>                                                                                      |            |        |        |     |     |     |
| 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 | 87,80  | 60,53  | 24  | 0   | 999 |
| Restauração de amálgama - 4 faces                                                                      | 85.100.129 | 93,70  | 69,32  | 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 | 87,80  | 60,53  | 24  | 0   | 999 |
| Restauração em ionômero de vidro - 4 faces                                                             | 85.100.161 | 87,80  | 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 |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                     |            |        |        |     |     |     |
| 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   |
| <b>EMERGÊNCIA</b>                                                                                      |            |        |        |     |     |     |
| 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 temporo-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   |
| <b>ENDODONTIA</b>                                                                                               |            |        |        |     |     |     |
| 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 intraradicular                                                                              | 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 intraradicular                                                                                | 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 |
| <b>ODONTOLOGIA LEGAL</b>                                                                                        |            |        |        |     |     |     |
| Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria                                                       | 81.000.073 | 29,16  | 25,86  | 0   | 0   | 0   |
| <b>ODONTOPEDIATRIA</b>                                                                                          |            |        |        |     |     |     |
| Aparelho protetor bucal                                                                                         | 84.000.015 | 210,00 | 186,27 | 12  | 0   | 180 |
| Aplicação de carostático                                                                                        | 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 fôssulas e fissuras                                                                     | 84.000.074 | 19,83  | 17,59  | 12  | 0   | 180 |
| Aplicação tópica de verniz fluoretado                                                                           | 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 |
| <b>PERIODONTIA</b>                                                                                              |            |        |        |     |     |     |
| 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/alísamento 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    |
| <b>PREVENÇÃO</b>                                                                                     |            |          |          |       |        |        |
| 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    |
| <b>PRÓTESE DENTÁRIA</b>                                                                              |            |          |          |       |        |        |
| Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)                              | 85.400.033 | 173,71   | 151,74   | 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 encerramento                                                                 | 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   | 332,04   | 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 Indirecta                                                                            | 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 Ceram 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 |
| <b>RADIOLOGIA</b>                                                                        |            |          |          |    |     |     |
| 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   | 48,80    | 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   |
| <b>ORTODONTIA e ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES</b>                                    |            |          |          |    |     |     |
| 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 Thurov                                                                       | 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 Escheler                           | 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   | 195,44   | 36 | 12  | 999 |
| Disjuntor palatino - Hrax                                                                | 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 nínol                                                              | 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 | 508,43   | 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 |
| Placalábio 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 |
| Quadrilhêice                                                             | 86.000.560 | 837,31    | 742,15    | 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 |
| <b>IMPLANTODONTIA</b>                                                    |            |           |           |    |     |     |
| 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 (metalfreç) sobre implante - cerâmica         | 85.400.122 | 1.079,41  | 957,44    | 60 | 216 | 999 |
| Coroa total livre de metal (metalfreç) 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  | 1.506,60  | 60 | 216 | 999 |
| Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado                        | 82.001.065 | 2.500,00  | 1.175,28  | 60 | 216 | 999 |
| Manutenção de próteses 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    | 30,59     | 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 cariotático                                                                         |  | 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

| <b>Formulário de<br/>Requisição de<br/>Reembolso</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | FOLHA 0001 DE 0001                     |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------------------|------------------------------|-------------|
| Nº da Carteira SócioOdonto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Empresas:                                                                         | Plano:                                 |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Nome Paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |                                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RG:                                                                               | Data Nascimento: / /                   |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Endereço Res.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   | CEP:                                   |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Cidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Estado:                                                                           | Fone res.:                             |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Fone com.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| <b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (Não utilizar Conta Proprieta)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                   |                                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Nome do Beneficiário Titular:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                   | Cargo:                                 |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                   |                                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nome do Banco:                                                                    | Nº do Banco:                           |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Nº da agência:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nº da Conta Corrente:                                                             | Digito:                                |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| <b>DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                   |                                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Nome / Razão Social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                   | CRQ:                                   |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Endereço:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Complemento:                                                                      | Telefone:                              |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| CPF / CNPJ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CEP:                                                                              | Cidade:                                |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Estado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                   |                                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| <p><b>ATENÇÃO! LEIA AS INSTRUÇÕES NO VERSO. ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ VIR ACOMPANHADO DO RECIBO E DE TODA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA (NÃO SE ESQUEÇA DAS RADIOGRAFIAS INICIAIS E FINAIS DOS TRATAMENTOS).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indispensáveis as assinaturas do beneficiário titular e do cirurgião-dentista.</li> <li>Preencher corretamente os odontogramas do estado atual e do plano de tratamento, a descrição do plano de tratamento, informando o local tratado, sem rasuras.</li> <li>O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do Beneficiário Titular e do Cirurgião-Dentista, sendo ambos responsáveis perante a Lei pela veracidade das informações nele contidas.</li> <li>Em caso de dúvida, solicitação ou sugestão, será sempre um prazer atendê-la pelo Atendimento SócioOdonto – (31) 2535 3998.</li> </ul> |                                                                                   |                                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| <b>ODONTOGRAMA ESTADO ATUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   | <b>ODONTOGRAMA PLANO DE TRATAMENTO</b> |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| arcada superior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   | arcada superior                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| lado direito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | lado esquerdo                                                                     | lado direito                           |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| lado esquerdo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | lado direito                                                                      | lado esquerdo                          |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| arcada inferior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   | arcada inferior                        |   |   |   |   |                                                 |                              |             |
| Dente<br>Área / Região                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Fases                                                                             |                                        |   |   |   |   | Descrição do Evento /<br>Procedimento realizado | Valor individual<br>(em R\$) | Observações |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | M                                                                                 | O                                      | D | L | V | I |                                                 |                              |             |



\_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

\_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO CIRURGIÃO DENTISTA

### 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 RFI a melhor formada encaminhá-lo.
- Verifique constantemente os requisitos necessários para pagamento do reembolso.

Endereço: Sôciadentia - Rua Colômbia, 375 - Sala 1002  
 Belo Horizonte / MG - CEP: 30150-050

#### 1. PREENCHIMENTO DO FRR- CAMPOS OBRIGATORIOS

- Dados completos do Cirurgião Dentista e CPF
- Dados bancários do Beneficiário Titular do plano e CPF
- Número da Carteira Sôciadentia e nome do paciente (em tratamento com o Cirurgião dentista)
- Nome e Cargo do Beneficiário Titular do plano.
- Descrição do tratamento realizado, que deve conter: número do dente tratado, faces, área ou região da boca tratada(s), 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 ORIGINAIS. 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 / ou dos tratamentos visualizáveis radiograficamente (restaurações, próteses, endodôntia e cirurgia, entre outros).

#### 3. EPRETIVAÇÃO DO REEMBOLSO

O valor do reembolso devido será creditado na conta corrente do Beneficiário Titular informada no Formulário de Requisição de Reembolso no prazo estabelecido em contrato, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nos itens 1 e 3.

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

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

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>CARÊNCIAS</b>                                                                      | 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. | <b>8</b>  |
| <b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>                                                        | 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.                                                                                                                                                            | <b>7</b>  |
| <b>VIGÊNCIA</b>                                                                       | Define o período em que vigorará o contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>11</b> |
| <b>RESCISÃO/<br/>SUSPENSÃO</b>                                                        | A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>11</b> |
| <b>REAJUSTE</b>                                                                       | 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.                                                                   | <b>9</b>  |
| <b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b> | 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.          | <b>7</b>  |

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](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).*

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.**

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



Agência Nacional de  
Saúde Suplementar

Ministério  
da Saúde



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

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)



## 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 extinto o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, com continuidade individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de saúde de adesão.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

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 isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo consumidor. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação própria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

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

## Abrangência geográfica

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

## Área de atuação

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

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

## Administradora de Benefícios

Quando houver participação 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 já vinculados ao plano estipulado.

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 informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o consumidor deve contratar sua operadora. Fornecendo as devidas informações, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo telefone: 0800-701-9656.

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

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



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Rio de Janeiro, RJ  
Av. República, 64 - Ilumina - CEP: 20201-080

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
ou pelo site [www.ans.gov.br](http://www.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 sindical (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o 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 ser em observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

| PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES |                                                                                                                                                                                                                            | PLANOS COLETIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CARÊNCIA                         | É permitida a exigência de cumprimento de prazo de carência nos planos de saúde individuais estabelecidos pela Lei 24h para urgência/emergência, até 300 dias para plano comum e até 180 dias para planos protodimétricos. | Coletivo Empresarial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                            | Com 30 participantes ou mais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                            | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                            | Com menos de 30 participantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                            | É permitida a exigência de cumprimento de carência nos planos individuais estabelecidos pela lei.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                            | Coletivo por Adesão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                            | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o consumidor ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos consumidores sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os membros tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato. |



|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b>       | Sendo contratado no ato da contratação que o consumidor tem conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), conforme Carta de Orientação ao Beneficiário de saúde obrigatória a operadora deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, inovações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionadas exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano por todo o período de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais condições. Caso a operadora opte pelo não oferecimento da CPT ou Agravio a cobertura será total para a DLP. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP. Não é permitido pelo consumidor sem prévia autorização da ANS, que se ele após processo administrativo em que o consumidor é ouvido. |  | <b>Coletivo Empresarial</b><br><br>Com 30 participantes ou mais<br><br>Com menos de 30 participantes<br><br>Coletivo por Adesão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                 | É importante que o consumidor verifique: (1) se o plano a ser contratado possui o participante no plano de saúde, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de pericia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou desconhecimento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravio, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.<br><br>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|                                                 | FATOR MODERADOR, AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS, PERÍCIA PROFISSIONAL E DIRECIONAMENTO A PRESTADORES PARA SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O consumidor deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do consumidor ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos. |  |
|                                                 | REAJUSTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b> | Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora. No caso de prestadores hospitalares a alteração necessita ser autorizada pela ANS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o consumidor fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão contratual unilateral motivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anulação da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode cessar ou suspender a assistência à saúde do beneficiário em caso de: fim ou perda do vínculo de titular ou de dependência.                                                          |  |
|                                                 | A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | O consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, 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.                                                                                                                                                                                                           |  |
|                                                 | Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fim de, ou 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 comprovadamente notificado até o 30º dia de inadimplência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Saímos que o consumidor perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|                                                 | VIGÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos em rescisão</b><br><br>Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do consumidor no pagamento da mensalidade, é assegurado ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |

## Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários (familiares 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 ou profissional ou co-gestore, 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 assegurado ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No