

# Condições Gerais

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Operadora: MetLife Planos Odontológicos Ltda.

CNPJ: 03.273.825/0001-78

Nº de registro da ANS: 406.481

Nº de registro Produto: 480.956/18-4

Site: [www.metlife.com.br](http://www.metlife.com.br)

Para consultas, informações gerais e reclamações, ligue para a central de atendimento exclusiva para clientes: 3003 3046 - Capitais e grandes centros

0800 728 3046 - Demais localidades

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão).

Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado.

Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os da pessoa jurídica contratante.

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

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

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.

## MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

## REAJUSTE

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

## ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

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

## VIGÊNCIA

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

## REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

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

## COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

### Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

### Coletivo por Adesão

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

## MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique:

(1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira.

(2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

## REAJUSTE

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

## ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

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

## VIGÊNCIA

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

## REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

## **Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos.**

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

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

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

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

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

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

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

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

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

## **Cobertura e segmentação assistencial.**

Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário.

A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

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

## **Abrangência geográfica**

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

## **Área de atuação**

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

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

## **Administradora de Benefícios**

Quando houver participação da Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes 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 MANUAL NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.**

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



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



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

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



# Guia de Leitura Contratual

Operadora: MetLife Planos Odontológicos Ltda.

CNPJ: 03.273.825/0001-78

Nº de registro da ANS: 406.481

Nº de registro Produto: 480.956/18-4

Site: [www.metlife.com.br](http://www.metlife.com.br)

Para consultas, informações gerais e reclamações, ligue para a central de atendimento exclusiva para clientes: 3003 3046 - Capitais e grandes centros

0800 728 3046 - Demais localidades

		Página do Contrato
<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.	12
<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, odontológica e suas combinações.	12
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	N/A
<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 contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	12
<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.	13
<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.	14
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	N/A



<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.	15
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), 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.	16
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	15
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	24
<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.	18
<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 o 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.	N/A

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 (ANS)**  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

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

## Sumário

<b>I.</b>	<b>QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA .....</b>	<b>11</b>
<b>II.</b>	<b>QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE.....</b>	<b>11</b>
<b>III.</b>	<b>OBJETO DO CONTRATO.....</b>	<b>11</b>
<b>IV.</b>	<b>NATUREZA DO CONTRATO.....</b>	<b>11</b>
<b>V.</b>	<b>NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....</b>	<b>11</b>
<b>VI.</b>	<b>TIPO DE CONTRATAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>VII.</b>	<b>TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE .....</b>	<b>12</b>
<b>VIII.</b>	<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO .....</b>	<b>12</b>
<b>IX.</b>	<b>CONDIÇÕES DE ADMISSÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>X.</b>	<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....</b>	<b>13</b>
<b>XI.</b>	<b>EXCLUSÕES DE COBERTURA .....</b>	<b>14</b>
<b>XII.</b>	<b>VIGÊNCIA.....</b>	<b>15</b>
<b>XIII.</b>	<b>CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA.....</b>	<b>15</b>
<b>XIV.</b>	<b>PERÍODOS DE CARÊNCIA.....</b>	<b>15</b>
<b>XV.</b>	<b>ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES .....</b>	<b>15</b>
<b>XVI.</b>	<b>MECANISMO DE REGULAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>XVII.</b>	<b>FORMAÇÃO DE PREÇO.....</b>	<b>18</b>
<b>XVIII.</b>	<b>PAGAMENTO DA MENSALIDADE .....</b>	<b>18</b>
<b>XX.</b>	<b>REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES .....</b>	<b>19</b>
<b>XXI.</b>	<b>CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES .....</b>	<b>20</b>
<b>XXII.</b>	<b>CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....</b>	<b>20</b>
<b>XXIII.</b>	<b>RESCISÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>XXIV.</b>	<b>DISPOSIÇÕES GERAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>XXV.</b>	<b>ELEIÇÃO DE FORO.....</b>	<b>24</b>

# CONTRATO DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL OU FAMILIAR POR COBERTURA DE CUSTOS ASSISTENCIAIS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

## I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

1.1 **METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA**, empresa inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.273.825/0001-78, com Inscrição Estadual / SP nº ISENTA, registrada no CRO-SP sob o nº 6191 e na **ANS sob o nº 40648-1**, classificada como Operadora na ANS na modalidade Odontologia de Grupo, com sede na Rua Flórida, 1595 – 5º andar – parte, Brooklin Novo, São Paulo - SP, neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

## II. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

2.1 A **CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes no aceite da contratação do plano que é parte integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

2.2 A **CONTRATANTE** é identificada também neste contrato como **BENEFICIÁRIO TITULAR**. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** irá indicar expressamente no Aceite da Contratação os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** que integrarão o contrato. **BENEFICIÁRIO TITULAR** e **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, no conjunto, serão denominados, simplesmente, **BENEFICIÁRIOS**.

## III. OBJETO DO CONTRATO

3.1 O objeto deste Contrato é a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º, da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento.

## IV. NATUREZA DO CONTRATO

4.1 O presente Contrato possui natureza bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, considerando-se ainda, esta avença, um contrato aleatório, nos termos dos artigos 458 a 461, da Lei nº 10.406/02 (Código Civil), e um contrato de adesão, nos termos do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

4.2 Outrossim, este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde) e legislação específica que vier a sucedê-la.

## V. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

5.1 O Plano Privado de Assistência a Saúde, Odonto MetLife Diamond, ora contratado esta registrado na ANS sob o nº 480.956/18-4.

## VI. TIPO DE CONTRATAÇÃO

6.1 O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado destina-se à contratação **Individual ou Familiar**.

## VII. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

7.1 O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado pertence à seguinte segmentação: **Odontológico**.

## VIII. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO

8.1 Fica estabelecido pelas partes que a cobertura do Plano ora contratado possui **abrangência nacional**.

## IX. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1 São **BENEFICIÁRIOS** deste contrato o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, e as pessoas por ele indicadas seja no Aceite da Contratação ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**.

9.2 Podem ser inscritos no plano como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a) O Cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 40 anos
- d) Os Tutelados e menores sob guarda.
- e) Pai e Mãe do Titular
- f) Irmãos do Titular
- g) Sogro e Sogra do Titular
- h) Netos do Titular

9.3 A inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, nas mesmas condições do titular, durante a vigência deste contrato, somente será admitida pela **CONTRATADA**, por ocasião de nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos ou casamento, e desde que solicitada no prazo máximo de até 30 (trinta) dias da data do nascimento, casamento ou da guarda judicial, sendo aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou **DEPENDENTE** adotante.

9.4 Ultrapassado o período de 30 (trinta) dias a contar da contratação do Plano será obrigatório o cumprimento de período de carência para a inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, previstos na cláusula 14 deste Instrumento.

9.4.1 Para efetivação destas inscrições o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar à **CONTRATADA** a correta documentação comprobatória de referida relação de dependência.

- 9.5 Os menores de 18 (dezoito) anos de idade somente poderão ser **BENEFICIÁRIOS** titulares de um contrato quando o representante Legal validar sua contratação, não sendo necessário este ser **BENEFICIÁRIO** do contrato.
- 9.6 A omissão de informações visando auferir vantagens para si próprio ou para qualquer outra pessoa, caracteriza ato ilícito no Código Civil Brasileiro, acarretando aplicação de todas as penalidades cabíveis, bem como, ressarcimento de prejuízos causados.
- 9.7 A **CONTRATADA** permitirá que o **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato em razão da extinção da relação de dependência, seja incluído em novo contrato com igual cobertura, o qual deverá ser celebrado em até 30 (trinta) dias após a data de sua exclusão, para aproveitamento do período de carência já cumprido no contrato anterior. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de novo período de carência.

A exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** do presente contrato, ressalvadas as hipóteses de rescisão por inadimplência e/ou fraude, não necessariamente extingue o presente contrato, sendo facultado aos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção de todas as obrigações decorrentes do presente Instrumento, desde que no prazo de 30 (trinta) dias seja **expressamente** manifestado o interesse na manutenção do Plano Odontológico, devendo ser indicado o responsável pelo pagamento, que será nomeado o **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

9.7.1 Diante da alteração prevista na cláusula anterior, a formalização ocorrerá através de aditivo contratual, assinado pelas Partes.

- 9.8 Em caso de falecimento do **BENEFICIÁRIO TITULAR** será efetivada, desde que seja formalizada por outro **BENEFICIÁRIO** do contrato e na data do próximo vencimento da mensalidade. Nos casos de óbito do titular e/ou responsável, o cônjuge **BENEFICIÁRIO** ou **BENEFICIÁRIO** mais idoso, passará a ser responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o novo **BENEFICIÁRIO** titular. Nesses casos, deverá ser comunicada a alteração à **CONTRATADA**, bem como, a apresentação de Certidão de Óbito para determinar a exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

## **X. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- 10.1 A cobertura assistencial do Plano ora contratado contempla as coberturas e procedimentos previstos no art. 12, IV, da Lei 9.656/98, compreendendo todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos de diagnóstico, 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.
- 10.2 Além do Rol de procedimento, o plano contempla coberturas adicionais. A listagem completa das coberturas encontra-se descritas no Anexo I.
- 10.3 Também estão cobertos pelo Plano ora contratado os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

- 10.4 Os procedimentos relacionados a especialidade de Próteses (Próteses classificadas como fora do ROL mínimo ANS) e Ortodontia, cobertos pelo plano contratado, poderão ser realizada exclusivamente na livre escolha de dentistas – reembolso.
- 10.5 O Rol de Procedimentos Odontológicos definido pela ANS, na RN nº 428/2017 e suas atualizações pode ser consultado no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).
- 10.6 A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere aos **BENEFICIÁRIOS** integrantes do Plano direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera **liberalidade** da **CONTRATADA**.

## **XI. EXCLUSÕES DE COBERTURA**

- 11.1 Estão excluídos da cobertura prevista neste Contrato os seguintes serviços:
- 11.1.1 Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento ou que não façam parte dos procedimentos cobertos neste plano.
  - 11.1.2 Procedimentos realizados após a rescisão deste Contrato.
  - 11.1.3 Procedimentos que requeiram atendimento domiciliar.
  - 11.1.4 As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar.
  - 11.1.5 As despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação por imperativo clínico.
  - 11.1.6 As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência à saúde, diferente do plano odontológico.
  - 11.1.7 Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.
  - 11.1.8 A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais.
  - 11.1.9 Procedimentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
  - 11.1.10 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
  - 11.1.11 Serviços em ouro ou qualquer outro tipo de metal nobre.
  - 11.1.12 Procedimentos realizados diretamente em laboratório de prótese.
  - 11.1.13 Transporte do paciente

11.1.14 Faltas a consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, que deverão ser indenizadas pelo **BENEFICIÁRIO Titular**, em importância equivalente ao menor valor estabelecido para consulta nas Tabelas adotadas entre a Operadora e o prestador.

11.1.15 Procedimento clínico ou cirúrgico experimental.

## **XII. VIGÊNCIA**

12.1 O presente Contrato terá vigência inicial de 12 meses, vigorando pelo prazo mínimo de 01 ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou do aceite da contratação ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

12.2 A data prevista para início de vigência do contrato poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais

12.3 A data de vencimento das parcelas mensais será a da data de Solicitação de Contratação do Plano Odontológico.

## **XIII. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

13.1 Em conformidade com o art. 13, da Lei 9.656/98, após o prazo mínimo de vigência estipulado neste Contrato, não havendo manifestação expressa do **BENEFICIÁRIO TITULAR** no prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência, o contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação ou cumprimento de novos prazos de carência.

## **XIV. PERÍODOS DE CARÊNCIA**

14.1 Carência é o período corrido e ininterrupto em que os **BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES** devem aguardar para utilização de determinadas coberturas previstas em contrato após a contratação do plano.

14.1.1 Serão observados os seguintes prazos de carência, a contar da data de assinatura do contrato ou do aceite de contratação ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro:

- a) 24 (vinte e quatro horas) para procedimentos de Urgência e Emergência;
- b) 180 dias para prótese dias para os demais procedimentos constantes no Rol Mínimo de procedimentos da ANS
- c) 90 dias para os demais procedimentos.

## **XV. ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

15.1 Os **BENEFICIÁRIOS deste plano** utilizarão livremente consultórios e clínicas de sua escolha, assistindo-lhes, o direito a reembolso das despesas, dentro da cobertura limite financeiro contratual de cobertura e abrangência geográfica, conforme valores estabelecidos na **Tabela de Reembolso** disponível no Anexo I.



- 15.1.1 Os procedimentos relacionados a especialidade de Próteses (Próteses classificadas como fora do ROL mínimo ANS) e Ortodontia, cobertos pelo plano contratado, poderão ser realizada exclusivamente na livre escolha de dentistas – reembolso.
- 15.2 Durante a vigência contratual, para a solicitação do reembolso destas despesas, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar à CONTRATADA, no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da realização dos procedimentos, a seguinte documentação:
- 15.2.1 Discriminação dos serviços, em folha de receituário timbrada ou em ficha de exame clínico, com a assinatura e o CRO do cirurgião-dentista responsável pelo serviço, constando:
- 15.2.1.1 Nome do paciente
  - 15.2.1.2 Especificação e discriminação de cada procedimento realizado
  - 15.2.1.3 Tipo de material utilizado
  - 15.2.1.4 Dente
  - 15.2.1.5 Face ou região do(s) procedimento(s)
  - 15.2.1.6 Valor unitário e valor total cobrados
  - 15.2.1.7 Data ou período de realização do(s) procedimento(s)
- 15.2.2 Recibo ou nota fiscal original emitida pelo cirurgião-dentista ou clínica odontológica em que constem os números do CRO, do CNPJ/CPF, a data e a assinatura.
- 15.2.3 Radiografias dos procedimentos cirúrgicos, endodônticos, protéticos e de implantodontia, se cobertos pelo Plano ora contratado, quando a técnica exigir, conforme informado na coluna “Documentos Necessários” na Tabela Financeira de Reembolso.
- 15.3 Após a apresentação desta documentação completa à CONTRATADA, o reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias, através de depósito em conta corrente do BENEFICIÁRIO requisitante, ou de outra forma a ser indicada pelo BENEFICIÁRIO.
- 15.4 Os reembolsos somente serão efetuados após a realização dos procedimentos a que se referem e não serão inferiores aos valores praticados pela CONTRATADA na sua Rede Credenciada.
- 15.5 Não haverá reembolso:
- 15.5.1 De despesas com serviços não previstos na cobertura do Plano ora contratado.
  - 15.5.2 De despesas com serviços realizados fora da abrangência geográfica do Plano ora contratado.
  - 15.5.3 Caso seja efetivamente constatada fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.
- 15.5 Em caso de rescisão contratual, os BENEFICIÁRIOS terão o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do último dia de vigência contratual, para solicitar o reembolso e encaminhar a documentação completa requerida pela CONTRATADA.

15.6 Os valores da **Tabela de Reembolso** contratada serão reajustados anualmente, ou na menor periodicidade prevista em lei, de acordo com a variação do **IPCA**, ou, na falta deste, de acordo com o índice que o substituir.

## **XVI. MECANISMO DE REGULAÇÃO**

16.1 A **CONTRATADA** se reserva o direito de, a qualquer tempo, mediante agendamento prévio, solicitar a realização de auditoria clínica visando o esclarecimento de dúvidas técnicas e a garantia do padrão de qualidade e atendimento.

16.1.1 Fica vedada a tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame a ser realizado pela **CONTRATADA**.

16.1.2 O **BENEFICIÁRIO** concorda em aceitar eventuais restrições técnicas identificadas pela **CONTRATADA**, que tenham por objetivo não cobrir procedimentos comprovadamente danosos ou inócuos a determinado **BENEFICIÁRIO**.

16.2 O presente Contrato prevê a realização de até 3 (três) coroas (procedimentos da especialidade de prótese) de cobertura extra ROL mínimo da ANS, por beneficiário, por ano de contrato. Abaixo seguem os procedimentos a qual a regra de aplica:

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>
85100170	Restauração Em Resina (Indireta) – Inlay
85100188	Restauração Em Resina (Indireta) – Onlay
85400106	Coroa Total Em Cerâmica Pura
85400114	Coroa Total Em Cerômero (Dentes Posteriores)
85400157	Coroa Total Metalo Cerâmica
85400165	Coroa Total Metalo Plástica – Cerômero
85400173	Coroa Total Metalo Plástica – Resina Acrílica
85400181	Faceta Em Cerâmica Pura
85400190	Faceta Em Cerômero
85400238	Onlay de resina indireta
85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)
85400300	Prótese Fixa Adesiva Indireta Em Metalo Cerâmica
85400319	Prótese Fixa Adesiva Indireta Em Metalo Plástica
85400327	Prótese Parcial Fixa Em Cerômero Livre De Metal (Metal Free)
85400335	Prótese Parcial Fixa Em Metalo Cerâmica
85400343	Prótese Parcial Fixa Em Metalo Plástica
85400351	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)
85400360	Prótese Parcial Fixa Provisória
85400513	Restauração Em Cerâmica Pura – Inlay
85400521	Restauração Em Cerâmica Pura – Onlay

85400530	Restauração Em Cerômero – Onlay
85400548	Restauração Em Cerômero – Inlay
85400572	Coroa 3/4 ou 4/5

16.3 Os serviços **não** cobertos pelo Plano ora contratado, quando realizados, serão pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ao **cirurgião-dentista ou clínica responsável e não terá intervenção da CONTRATADA neste processo.**

16.3.1 Todas as condições de pagamento serão acordadas entre o **BENEFICIÁRIO** e o cirurgião-dentista ou clínica responsável pela realização dos procedimentos.

16.3.2 As obrigações fiscais, inclusive a emissão de recibos/notas fiscais, serão de responsabilidade exclusiva do cirurgião-dentista ou clínica responsável pela realização dos procedimentos.

16.4 Quaisquer dúvidas ou divergências de natureza odontológica, relacionadas com o objeto deste Contrato, serão resolvidas diretamente pelas partes: **BENEFICIÁRIO** e **CONTRATADA.**

16.4.1 Os casos de impasse serão solucionados por uma junta odontológica composta por três cirurgiões dentistas, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, um nomeado pela **CONTRATADA**, e um terceiro, com atribuição de desempate, escolhido pelos outros dois profissionais nomeados.

16.4.2 Não havendo consenso sobre a escolha do terceiro profissional, com atribuição de desempate, esta designação será solicitada ao presidente da Associação dos Cirurgiões-Dentistas da região do **BENEFICIÁRIO.**

16.4.3 Cada parte pagará os honorários do seu profissional nomeado, exceto se o profissional nomeado pelo **BENEFICIÁRIO** pertencer à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados, ficando a remuneração do terceiro profissional sob responsabilidade da **CONTRATADA.**

16.5 Havendo solicitação de exames por cirurgião dentista não haverá restrição na autorização, desde que os exames solicitados sejam cobertos pelo plano contratado.

## **XVII. FORMAÇÃO DE PREÇO**

17.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

## **XVIII. PAGAMENTO DA MENSALIDADE**

18.1 A mensalidade que o **BENEFICIÁRIO** titular pagará à **CONTRATADA** será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS** dependentes na importância definida no aceite de Contratação.

- 18.2 Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**, não cabendo qualquer alegação posterior.
- 18.3 O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- 18.4 Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de aceite de Contratação, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
- 18.5 O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- 18.6 Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.
- 18.7 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

## **XIX. REAJUSTE**

- 19.2 Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, e dar-se-á mediante a aplicação do IPCA, o qual será apurado, no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 60 dias à data de aniversário do contrato - data-base. Na falta deste, de acordo com o índice que o substituir, o qual será apurado, no período de 12 meses consecutivos.
- 19.3 Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.
- 19.4 Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 60%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

## **XX. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES**

- 20.1 Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de **BENEFICIÁRIOS**, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.
- 20.2 A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

20.3 O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

## **XXI. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES**

21.1 O Plano ora contratado destina-se ao BENEFICIÁRIO, pessoa física, titular ou dependente.

## **XXII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

22.1 O BENEFICIÁRIO Titular será excluído do presente Contrato quando da ocorrência das seguintes situações:

22.1.1 Quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

22.1.2 Quando este Contrato for rescindido.

22.1.3 Quando ocorrer óbito do BENEFICIÁRIO, devendo ser enviada comprovação à CONTRATADA.

22.1.4 Quando ocorrer solicitação, por escrito, feita pelo BENEFICIÁRIO Titular inscrito no Plano de Benefícios:

22.1.4.1 A exclusão realizada dentro do período de **12 (doze) meses**, contados da inscrição do BENEFICIÁRIO no Plano de Benefícios, facultará a CONTRATADA cobrar do BENEFICIÁRIO, a título de cláusula penal, o correspondente a 20% das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

22.1.4.2 O BENEFICIÁRIO Titular excluído nos termos da alínea “23.1.4.1” poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios mediante anuência da CONTRATADA e observado o cumprimento de novo período de carência.

22.2 O **BENEFICIÁRIO** Dependente será excluído do presente Contrato quando da ocorrência das seguintes situações:

22.2.1 Quando perder o vínculo de dependência com o BENEFICIÁRIO Titular do Plano.

22.2.2 Quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

22.2.3 Quando este Contrato for rescindido.

22.2.4 Quando o **BENEFICIÁRIO** Titular for excluído do presente Contrato.

22.2.5 Quando ocorrer óbito do **BENEFICIÁRIO**, devendo ser enviada comprovação à **CONTRATADA**.

22.2.6 Quando ocorrer solicitação à **BENEFICIÁRIO**, por escrito, feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular inscrito no Plano de Benefícios:

22.2.6.1 A exclusão realizada dentro do período de **12 (doze) meses**, contados da inscrição do **BENEFICIÁRIO** no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar da **BENEFICIÁRIO**, o correspondente a 20% das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

22.2.6.2 O **BENEFICIÁRIO** Titular excluído nos termos da alínea “23.2.6.1” poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência.

22.3.1 O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

### **XXIII. RESCISÃO**

23.1 A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

23.2 O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

23.3 Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

23.4 A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo **BENEFICIÁRIO** para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

23.5 O **BENEFICIÁRIO** terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o **BENEFICIÁRIO** pagará multa de 20% das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

### **XXIV. DISPOSIÇÕES GERAIS**

24.1 São obrigações da **CONTRATADA**:

24.1.1 Efetuar os reembolsos previstos neste Contrato conforme condições convencionadas.

24.1.2 Esclarecer plenamente aos **BENEFICIÁRIOS** sobre as corretas condições de utilização do Plano ora contratado, visando a prevenção de erros de expectativa e interpretação.

## 24.2 São obrigações do BENEFICIÁRIO:

24.2.1 Efetuar os pagamentos à CONTRATADA em conformidade com a forma, os valores e as datas estipuladas neste Contrato.

24.2.2 Informar a CONTRATADA sobre as atualizações de todos os dados cadastrais exigidos pela legislação vigente.

24.3 Os tributos decorrentes dos serviços prestados relacionados a este Contrato, inclusive o ISS, são de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA.

24.4 A CONTRATADA prestará os serviços seguindo as leis, regulamentos, decretos e/ou decisões governamentais oficiais pertinentes ao país, inclusive, entre outras, aquelas ligadas à saúde, segurança e proteção ao meio ambiente.

24.5 Caso haja qualquer falha de informação cadastral dos BENEFICIÁRIOS, que venha a causar eventual aplicação de penalidade administrativa oriunda, exclusivamente, da inobservância das normas emanadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a respeito de dados cadastrais de BENEFICIÁRIOS e legitimidade para ingresso no Plano Odontológico, tais como, mas não se limitando a, fornecimento de dados incorretos, fraudulentos ou não fornecimento de dados, desde que tais prejuízos tenham sido fixados em decisão administrativa irrecorrível, o BENEFICIÁRIO se compromete a indenizar e ressarcir a CONTRATADA pela aplicação dessa penalidade pelo órgão regulador.

24.6 Eventuais dúvidas, obscuridades, contradições ou discussões a respeito do cumprimento do presente Contrato deverão ser dirimidas de comum acordo entre as partes.

24.7 Fazem parte do contrato quaisquer documentos entregues ao BENEFICIÁRIO que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde.

Integram este contrato, para todos os fins de direito, O aceite de contratação pelo BENEFICIÁRIO, o Cartão de Identificação Virtual, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

24.8 São adotadas as seguintes definições:

**ACIDENTE PESSOAL:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL:** é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

**BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos



em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

**CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do BENEFICIÁRIO, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos BENEFICIÁRIOS pela contraprestação.

**CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o BENEFICIÁRIO paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

**CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL:** Meio digital onde se determina a identidade do BENEFICIÁRIO e código de inscrição.

**CONSULTA:** é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

**CONTRATADA:** operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos BENEFICIÁRIOS do plano ora convencionado.

**DEPENDENTE:** BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um BENEFICIÁRIO titular. Pessoa física com vínculo familiar com o BENEFICIÁRIO titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

**EVENTO:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do BENEFICIÁRIO em decorrência de acidente pessoal ou doença.

**EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.  
**MENSALIDADE:** é a contraprestação pecuniária paga pelo BENEFICIÁRIO à operadora.

**ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

**PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

**PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

**PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

**TITULAR:** é o BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:** consideram-se procedimentos de urgência / emergência

aqueles previstos como tal no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

## **XXV. ELEIÇÃO DE FORO**

25.1 Com renúncia dos demais, por mais privilegiados que sejam, as partes elegem o foro da comarca da sede da **CONTRATANTE** para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente Contrato.

## ANEXO I – TABELA DE REEMBOLSO

Cód. Procedimento	Descrição dos Procedimentos	Diamond	Periodicidade (meses)	CrITÉrios Tec-Adm
81000065	Consulta odontológica inicial	R\$ 95,00	NA	Procedimento considerado apenas para a primeira consulta com o profissional. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 81000030, 81000049, 81000057 e 81000090.
81000030	Consulta odontológica	R\$ 95,00	12	Procedimento considerado à partir da 2ª consulta com o mesmo profissional (consulta periódica). Não reembolsado simultaneamente aos códigos 81000065, 81000049, 81000057 e 81000090.
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	R\$ 36,00	NA	Exame clínico para verificação da situação bucal (inicial) e conformidade de tratamentos realizados (final) por solicitação da Metlife.
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	R\$ 227,24	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose	R\$ 41,60	6	
84000244	Teste de fluxo salivar	R\$ 65,00	12	Necessário envio de cópia do resultado do teste para reembolso.
81000057	Consulta odontológica de urgência 24 hs	R\$ 200,00	NA	Não reembolsado simultaneamente aos códigos das demais consultas. Considerado para consultas emergenciais, sem horário agendado.
81000049	Consulta odontológica de urgência	R\$ 100,00	NA	Não reembolsado simultaneamente aos códigos das demais consultas. Considerado para consultas emergenciais, sem horário agendado.
85200034	Pulpectomia	R\$ 70,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico. Considerado somente quando realizado em caráter de urgência, pois está incluso no tratamento endodôntico.
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	R\$ 58,00	NA	Considerado para quedas de trabalhos protéticos já cimentados. Incluso nos procedimentos de execução de peças protéticas.
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	R\$ 58,00	NA	Considerado somente quando realizado em caráter de urgência, pois está incluso no tratamento periodontal.

82001030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 58,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 58,00	NA	
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 58,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
85100048	Colagem de fragmentos dentários	R\$ 58,00	NA	
82001650	Tratamento de alveolite	R\$ 58,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico. Considerado somente quando realizado em caráter de urgência, pois está incluso nas exodontias.
85300080	Tratamento de pericoronarite	R\$ 58,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 58,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82001022	Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 58,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM)	R\$ 110,08	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82001251	Reimplante dentário com contenção	R\$ 110,08	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
81000421	Radiografia periapical	R\$ 16,25	6	Necessário discriminar a região da radiografia.
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	R\$ 16,25	6	Quando necessários 2 ou mais exames que compõem documentações ou outros procedimentos, será considerado como o procedimento de maior abrangência.
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	R\$ 78,00	12	
81000294	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)	R\$ 150,00	12	
81000003	Documentação ortodôntica completa: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado cefalométrico (03 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos 81000278 - Fotografia (08 fotografias)	R\$ 225,00	24	
81000002	Documentação ortodôntica básica: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado cefalométrico (02 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos	R\$ 187,50	24	

	81000278 - Fotografia (05 fotografias)		
81000383	Radiografia oclusal	R\$ 40,50	6
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	R\$ 82,50	24
81000472	Telerradiografia	R\$ 75,00	24
81000278	Fotografia	R\$ 12,50	12
81000340	Radiografia da ATM	R\$ 75,00	12
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	R\$ 80,00	12
81000005	Documentação ortodôntica especial: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado cefalométrico (02 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos (02 modelos com análise) 81000278 - Fotografia 81000421 - Radiografia periapical 81000375 - Radiografia interproximal - bite wing	R\$ 220,00	24
81000001	Documentação ortodôntica simplificada: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado Cefalométrico 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos	R\$ 120,00	24
81000006	Documentação periodontal: 81000413 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico 81000294 - Levantamento radiográfico (Exame radiodôntico) 81000375 - Radiografia interproximal - bite-wing 81000278 - Fotografia (05 fotografias) 81000308 - Modelos ortodônticos	R\$ 220,00	18
81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	R\$ 112,50	12
81000537	Traçado cefalométrico	R\$ 17,50	24
81000308	Modelos ortodônticos	R\$ 53,25	24

81000004	Documentação ortopédica: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado cefalométrico (02 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos (02 modelos com análise) 81000367 - Radiografia da mão e punho - carpal	R\$ 250,00	24	
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	R\$ 300,00	24	
81000430	Radiografia pósterio-anterior	R\$ 75,00	12	
81000529	Tomografia convencional – linear ou multi-direcional	R\$ 150,00	24	
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	R\$ 55,00	6	Não reembolsado simultaneamente aos códigos 87000024 e 87000016.
84000090	Aplicação tópica de flúor	R\$ 120,00	6	Inclui profilaxia e remineralização. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 84000112 e 85300012.
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	R\$ 45,00	12	Não reembolsado simultaneamente às restaurações. Indicado para dentes recém erupcionados.
84000198	Profilaxia: polimento coronário	R\$ 120,00	6	Não reembolsado simultaneamente à aplicação de flúor e remineralização. Incluso nas raspagens.
84000201	Remineralização	R\$ 36,00	6	Incluso nas raspagens e aplicação de flúor.
87000024	Atividade educativa para pais e/ou educadores	R\$ 41,60	6	Não reembolsado simultaneamente aos códigos 84000139 e 87000016.
81000014	Condicionamento em Odontologia	R\$ 68,00	6	Não reembolsado simultaneamente ao código 87000032.
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	R\$ 120,00	NA	Não reembolsado simultaneamente a tratamento endodôntico e capeamento pulpar.
83000097	Mantenedor de espaço fixo	R\$ 200,20	12	
84000031	Aplicação de carióstático	R\$ 41,60	6	Inclui todas as sessões e dentes necessários.
83000100	Mantenedor de espaço removível	R\$ 220,00	12	
87000016	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	R\$ 60,00	6	Não reembolsado simultaneamente aos códigos 84000139 e 87000024.
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	R\$ 120,00	24	Inclui capeamento, forramento e polimento; Será considerada apenas uma restauração por dente de acordo com o número de faces envolvidas, independente das classes (classificação de Black). Códigos não reembolsados entre si, com exceção de faces e materiais divergentes tecnicamente possíveis.
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	R\$ 155,00	24	
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	R\$ 195,00	24	
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	R\$ 220,00	24	
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	R\$ 84,00	24	
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	R\$ 120,00	24	

85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	R\$ 140,00	24	
85400211	Núcleo de preenchimento	R\$ 128,80	24	Incluso no pino pré-fabricado. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 85400262 e 85400220.
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R\$ 75,92	24	
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	R\$ 86,11	24	Não reembolsado simultaneamente ao ajuste oclusal por acréscimo.
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	R\$ 140,00	24	
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	R\$ 90,00	24	
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	R\$ 315,60	48	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	R\$ 120,00	24	
85100072	Placa de acetato para clareamento caseiro	R\$ 120,00	24	Não reembolsado simultaneamente a órteses.
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	R\$ 80,00	24	
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	R\$ 124,00	24	
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	R\$ 78,00	24	Inclui capeamento, forramento e polimento; Será considerada apenas uma restauração por dente de acordo com o número de faces envolvidas, independente das classes (classificação de Black). Códigos não reembolsados entre si, com exceção de faces e materiais divergentes tecnicamente possíveis.
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	R\$ 140,00	9	Raspagem subgengival para bolsas maiores de 04 mm; Inclui raspagem supra gengival, profilaxia, aplicação tópica de flúor, remineralização, controle de placa e remoção de fatores de retenção. Considerado por hemi-arco.
85300047	Raspagem supra-gengival	R\$ 160,00	6	Raspagem manual ou com ultrassom para bolsas de até 04 mm; Inclui profilaxia, aplicação tópica de flúor, remineralização, controle de placa e remoção de fatores de retenção. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 85300071 e 85300039.
85300012	Dessensibilização dentária	R\$ 76,54	6	Não reembolsado simultaneamente às aplicações de flúor.
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	R\$ 172,22	12	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000212	Aumento de coroa clínica	R\$ 200,00	12	
82000921	Gengivectomia	R\$ 75,00	12	



85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	R\$ 124,38	12	
82000557	Cunha proximal	R\$ 91,00	NA	
82000689	Enxerto pediculado	R\$ 377,00	60	
82000662	Enxerto gengival livre	R\$ 429,00	60	
82000948	Gengivoplastia	R\$ 93,00	12	
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	R\$ 187,20	NA	
82000620	Enxerto com osso liofilizado	R\$ 780,00	60	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico, plano de tratamento, prognóstico. Não reembolsados entre si.
82001073	Odonto-seção	R\$ 119,60	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	R\$ 600,00	24	
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	R\$ 320,08	24	
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	R\$ 420,00	24	
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	R\$ 400,08	24	
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	R\$ 780,00	24	
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	R\$ 200,00	24	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	R\$ 560,00	24	
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	R\$ 84,76	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	R\$ 169,28	24	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
85100056	Curativo de demora em endodontia	R\$ 106,72	NA	Máximo de 4 sessões com comprovação radiográfica de lesão periapical extensa. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso. Nos casos de pequenas lesões o curativo de demora está incluso na endodontia.
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	R\$ 106,72	0	Máximo de 4 sessões com comprovação radiográfica de rizogênese incompleta. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso. Considerado para as sessões de curativo para especificação.
85200042	Pulpotomia	R\$ 110,40	NA	Não reembolsado simultaneamente ao tratamento endodôntico e capeamento pulpar.
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	R\$ 213,44	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85100013	Capeamento pulpar direto	R\$ 58,88	NA	Não reembolsado simultaneamente ao tratamento endodôntico.
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	R\$ 83,40	60	Incluso no núcleo metálico fundido e pino pré fabricado.
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	R\$ 122,52	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000875	Exodontia simples de permanente	R\$ 130,00	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.

82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	R\$ 320,00	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000859	Exodontia de raiz residual	R\$ 130,00	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
83000089	Exodontia simples de decíduo	R\$ 76,54	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	R\$ 280,00	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000816	Exodontia a retalho	R\$ 150,00	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	R\$ 130,00	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001707	Ulectomia	R\$ 80,00	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82001715. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82000883	Frenulectomia labial	R\$ 92,30	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82000905. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82001715	Ulotomia	R\$ 51,48	NA	Incluso no código 82001707. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	R\$ 200,93	NA	
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	R\$ 377,94	NA	Necessário envio da radiografia inicial do elemento dentário para reembolso.
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	R\$ 248,77	NA	
82000034	Alveoloplastia	R\$ 117,05	NA	Incluso nas exodontias. Procedimento considerado apenas quando não simultâneo a exodontia ou quando associado às exodontias múltiplas.
82000891	Frenulectomia lingual	R\$ 92,30	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82000913. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 224,64	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	R\$ 236,81	NA	Não reembolsado simultaneamente aos outros códigos de cirurgia de tecidos moles e periodontais.
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 212,16	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	R\$ 132,00	12	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000239	Biópsia de boca	R\$ 91,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	R\$ 262,08	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 249,60	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000808	Exérese ou excisão de rânula	R\$ 234,42	NA	
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	R\$ 156,00	NA	
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	R\$ 341,17	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.

82000263	Biópsia de língua	R\$ 91,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000395	Cirurgia para torus palatino	R\$ 127,40	NA	Necessário envio de radiografia oclusal inicial para reembolso.
82001367	Remoção de odontoma	R\$ 438,26	NA	Não reembolsado simultaneamente aos outros códigos de cirurgia de cistos, tumores ósseos e de tecido mole. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	R\$ 228,80	NA	Não reembolsado simultaneamente aos outros códigos de cirurgia de tecidos moles e periodontais.
85400084	Coroa provisória sem pino	R\$ 90,00	60	
85400220	Núcleo metálico fundido	R\$ 240,32	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400556	Restauração metálica fundida	R\$ 312,00	60	
85400076	Coroa provisória com pino	R\$ 91,00	60	
85400262	Pino pré fabricado	R\$ 215,28	60	Inclui núcleo de preenchimento.
85400114	Coroa total em cerômero	R\$ 693,68	60	Considerado somente para dentes permanentes anteriores, exceto para planos Platinum e Diamond. Necessário envio das radiografia inicial e final para reembolso.
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	R\$ 972,27	48	
85400149	Coroa total metálica	R\$ 418,60	60	Considerado somente para dentes posteriores. Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400505	Remoção de trabalho protético	R\$ 59,80	NA	
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	R\$ 312,00	12	Não reembolsado simultaneamente às outras próteses provisórias para reposição dos mesmos elementos dentários.
85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	R\$ 856,34	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400157	Coroa total metalo cerâmica	R\$ 851,55	60	Necessário envio das radiografia inicial e final para reembolso.
85400173	Coroa total metalo plástica – resina acrílica	R\$ 621,92	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	R\$ 650,00	60	
85400408	Prótese total	R\$ 972,27	48	Não reembolsados simultaneamente entre si. A PT é reembolsada quando realizada no mínimo 3 meses posterior à PT imediata.
85400246	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	R\$ 312,00	12	Não reembolsado simultaneamente ao código 85400270
85400360	Prótese parcial fixa provisória	R\$ 95,68	60	
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	R\$ 131,56	12	Procedimentos não reembolsados simultaneamente entre si para mesma arcada - peça.
85400106	Coroa total em cerâmica pura	R\$ 1.200,00	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400548	Restauração em cerômero - inlay	R\$ 693,68	60	

85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	R\$ 900,00	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	R\$ 912,08	60	
85400181	Faceta em cerâmica pura	R\$ 837,20	60	Considerado somente para dentes permanentes anteriores. Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400092	Coroa total acrílica prensada	R\$ 263,12	36	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400459	Provisório para restauração metálica fundida	R\$ 105,20	60	
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	R\$ 1.076,40	60	
85400416	Prótese total imediata	R\$ 650,00	3	
85100170	Restauração em resina (indireta) - inlay	R\$ 531,44	60	
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	R\$ 233,48	36	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	R\$ 251,16	24	
85400530	Restauração em cerômero - onlay	R\$ 693,68	60	
85400424	Prótese total incolor	R\$ 972,27	48	
85400190	Faceta em cerômero	R\$ 598,00	60	Considerado somente para dentes permanentes anteriores. Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400165	Coroa total metalo plástica – cerômero	R\$ 700,00	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400475	Reembasamento de coroa provisória	R\$ 44,20	12	
85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	R\$ 900,00	60	
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	R\$ 57,41	12	
85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	R\$ 655,00	60	Para 3 elementos. Necessário envio das radiografia inicial e final para reembolso.
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	R\$ 1.248,00	48	
85400432	Provisório para faceta	R\$ 105,20	60	
85100188	Restauração em resina (indireta) - onlay	R\$ 531,44	60	
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	R\$ 57,41	12	
85400270	Placa oclusal resiliente	R\$ 221,00	12	Não reembolsado simultaneamente ao código 85400246
86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	R\$ 210,00	1	
86000373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	R\$ 210,00	1	
86000365	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	R\$ 210,00	1	

81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico (ortodôntico)	R\$ 128,00	NA	Necessário envio de relatório contendo diagnóstico, plano de tratamento, previsão de término e documentação ortodôntica para reembolso da primeira manutenção ou aparelho. Após análise da documentação, autorizado reembolso de uma manutenção mensal - códigos não reembolsados simultaneamente.
86000152	Barra transpalatina fixa	R\$ 300,00	NA	
86000209	Contenção fixa - por arcada	R\$ 110,00	NA	

**ANS Nº 406481**