



1. DADOS DAS PARTES			
RAZÃO SOCIAL DA CONTRATADA Odontoprev S.A.		CNPJ/ME 58.119.199/0001-51	
NOME COMPLETO CONTRATANTE (TITULAR)		CPF/ME	SEXO
IDENTIDADE (RG, CNH, CARTEIRA PROFISSIONAL)	DATA DE NASCIMENTO	ORGÃO EXP-UF	ESTADO CIVIL
NOME DA MÃE		EMAIL	TELEFONE
ENDEREÇO		NÚMERO	BAIRRO
CIDADE		ESTADO	CEP

2. DADOS DO CONTRATO			
FORMAÇÃO DE PREÇO Misto	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL Odontológica	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA Nacional	VIGÊNCIA <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 36
INÍCIO DA VIGÊNCIA	VENCIMENTO	REAJUSTE ANUAL	PRAZO PARA DENÚNCIA/CANCELAMENTO DO CONTRATO De acordo com a cláusula 15ª das Condições Gerais

3. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES		
1 - NOME COMPLETO DEPENDENTE	CPF/ME	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	PARENTESCO	SEXO
2 - NOME COMPLETO DEPENDENTE	CPF/ME	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	PARENTESCO	SEXO
3 - NOME COMPLETO DEPENDENTE	CPF/ME	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	PARENTESCO	SEXO

4. DADOS DO(S) PLANO(S) CONTRATADO(S)				
PLANO ESCOLHIDO <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE REGISTRO ANS 499.658/24-5	NOME FANTASIA INICIAL MISTO NAC IFRD	VALORES (Valor para a cobertura dos procedimentos em regime de pré-pagamento)	
VALORES PÓS PAGAMENTO	Os valores para a cobertura dos procedimentos sujeitos ao regime de pós-pagamento estão previstos na Tabela de Preços por Procedimento como valores máximos, conforme anexo contratual. Os procedimentos em regime de pós-pagamento não estão sujeitos a contagem do prazo de carência.			
ELEGIBILIDADE	De acordo com a Cláusula 5 das Condições Gerais.			
CONDIÇÃO DE CARÊNCIA	Grupo	Prazo	Grupo	Prazo
	Emergência	24h	Prevenção	30 dias
	Dentística	30 dias	Endodontia	60 dias
	Diagnóstico	30 dias	Cirurgia	90 dias
	Odontopediatria	30 dias	Periodontia	120 dias
	Radiologia	30 dias	Prótese	180 dias

5. FORMA DE PAGAMENTO DO ITEM 4 ACIMA
<input type="checkbox"/> Autorizo desconto no meu cartão de crédito.
<input type="checkbox"/> Autorizo débito em conta bancária.
<input type="checkbox"/> Autorizo emissão de boleto para pagamento em bancos e/ou correspondentes bancários.
<input type="checkbox"/> Autorizo débito na minha conta de energia elétrica.

6. REDE CREDENCIADA
<input type="checkbox"/> Rede Una

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta Proposta de Adesão integra para todos os fins e efeitos de direito as Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico (Contrato).

Proposta de Adesão

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Individual ou Familiar

Classificação da Operadora na ANS: Odontologia de Grupo



Nos termos da Cláusula Quinta das Condições Gerais do Contrato, o Beneficiário incluído no Plano de Benefícios descrito no item 4 supra, além dos eventos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, terá direito às coberturas elencadas nos "Procedimentos Cobertos", conforme consta no anexo contratual.

Os planos informados no item acima são disponibilizados aos beneficiários mediante acesso à Rede escolhida, a qual pode ser consultada por meio do acesso ao seguinte portal <https://www.odontoprev.com.br>.

A relação contendo as substituições de prestadores ocorridas na rede credenciada nos últimos 180 (cento e oitenta) dias poderá ser consultada no portal da CONTRATADA: <https://www.odontoprev.com.br> ou através da sua Central de Atendimento.

DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE

Declaro ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato do Plano Odontológico contratado, expressamente indicado na Proposta de Adesão, cuja cópia recebi neste ato, o qual estabelece em linguagem clara e simples sobre todos os direitos e obrigações contratuais dos Beneficiários, as formas e condições de utilização do Plano de Benefícios, os limites de cobertura, os procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como as informações sobre os recursos disponibilizados pela CONTRATADA para verificação dos dentistas integrantes da Rede Credenciada. Declaro, ainda: **a)** ter conhecimento e ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde-MPS e o Guia de Leitura Contratual-GLC, também disponíveis no portal <https://www.odontoprev.com.br>; **b)** serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim inseridos na presente Proposta de Adesão e as demais informações prestadas à CONTRATADA para os fins da execução do presente Contrato; **c)** ser o devedor das parcelas e das demais obrigações decorrentes do Plano de Benefícios que agora subscrevo, conforme meio de pagamento optado no item "5. FORMAS DE PAGAMENTO" desta Proposta; **d)** ter ciência que em caso de não pagamento das devidas parcelas no meio de pagamento escolhido na adesão, a cobrança da mensalidade do Plano Odontológico poderá ser alterada e efetuada pela via boleto bancário; **e)** reconhecer que a eventual redução e/ou isenção dos prazos de carência não alteram as demais condições e coberturas do Contrato; **f)** ter ciência de que no ato de assinatura da Proposta de Adesão, deverei pagar em até 10 (dez) dias úteis a primeira parcela calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos. As parcelas subsequentes à primeira, terão como data de vencimento o mesmo dia da data de aceite da Proposta de Adesão. As alterações de data de vencimento ou de meio de pagamento deverão ser solicitadas no Atendimento ao Beneficiário e estarão sujeitas às regras operacionais; **g)** caso o titular do contrato seja menor de 18 anos, ter ciência que o CONTRATANTE (Responsável Financeiro) assume a responsabilidade legal pelo menor de idade; **h)** tenho ciência de que se o pagamento através do cartão de crédito informado na proposta de adesão não for aprovado pela administradora do cartão, a contratação do plano não será efetivada, podendo o(a) CONTRANTE optar por outra forma de pagamento, devendo, neste caso, contatar a CONTRATADA e solicitar a alteração, informando os dados necessários; **i) ter conhecimento que os encargos moratórios devidos em razão do atraso ou não pagamento das faturas de cartão de crédito, conta de energia ou conta bancária obedecerão às regras contidas no contrato firmado entre mim (CONTRATANTE/Responsável Financeiro) e a instituição com a qual possuo relacionamento;** **j)** ter conhecimento de que para os fins do presente Plano de Benefícios são considerados Beneficiários Dependentes do Beneficiário Titular: cônjuge ou filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou

Proposta de Adesão

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Individual ou Familiar

Classificação da Operadora na ANS: Odontologia de Grupo



tutelados(as), dependentes economicamente do Contratante, conforme legislação do Imposto de Renda, e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade; **k)** ter conhecimento de que a Proposta de Adesão e suas cópias não podem conter rasuras; **l)** ter conhecimento de que em caso de dúvidas sobre o Plano ou consulta à Rede Credenciada, deverei entrar em contato com a Central de Atendimento ao Beneficiário ODONTOPREV, através do número 0800 702 9000, ou Atendimento ao deficiente auditivo e fala 0800 722 2191, 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana à disposição; **m)** ser responsável perante a CONTRATADA pelos atos de todos os Beneficiários por mim inscritos na presente Proposta; **n)** poderá a CONTRATADA, em caso de inadimplência, para a cobrança de seus créditos, nos termos da lei, inscrever o nome do(a) Contratante em banco de dados cadastrais de Serviços de Proteção ao Crédito; **o)** ter conhecimento de que os Beneficiários Dependentes, incluídos no momento da adesão do Titular ou em data posterior, obedecerão as mesmas regras previstas no contrato para o Beneficiário Titular do Plano Odontológico; **p)** ter ciência de que ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifestação de minha parte, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, mantendo-se a forma de pagamento escolhido inicialmente, sendo vedada no ato da renovação a recontagem de carências e a cobrança de taxa ou qualquer outro valor; **q)** ter ciência de que fazem parte deste contrato, eventuais termos de aditamento e anexos; **r)** ter conhecimento de que a Odontoprev, na figura de controladora dos dados pessoais do(a) Contratante, se compromete a cumprir as condições previstas neste instrumento, bem como, a Lei 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, os regulamentos dela decorrentes e observar as diretrizes disponíveis em <https://www.odontoprev.com.br/home/portugues/politica-de-privacidade/index.xhtml>; **s)** que li e estou ciente da Política de Proteção de Dados Pessoais da Odontoprev, concordando com seus termos e condições para tratamento dos meus dados pessoais; **t)** ter conhecimento que o aceite da presente proposta poderá ser tácito através de ligação telefônica, ou, expresso através de assinatura física ou link digital/assinatura eletrônica, nos termos da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 ainda que o certificado de assinatura não seja emitido pela ICP-Brasil, sem necessidade de qualquer outra formalização entre as partes neste sentido. **u)** Que estou de pleno acordo e autorizo a Odontoprev a emitir e enviar documentações (certificado individual; carnê; boletos de cobrança, carteira virtual) e informações importantes referente ao plano, através de meios remotos de comunicação (SMS, correio eletrônico; aplicativos de mensagens, como por exemplo WhatsApp e outros meios digitais).

CIDADE/UF, ____ de _____ de 20____.

Assinatura Contratante (Responsável Financeiro)

Nome do Beneficiário Titular do Plano

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

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

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

Abrangência geográfica

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

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação 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 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.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar



Ministério da Saúde



BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

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

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

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



ODONTOPREV S.A
CNPJ 58.119.199/0001 - 51
Nº do registro da ANS: 30.194-9
Site: <http://www.odontoprev.com.br>
Central de Relacionamento: 0800 702 9000
SAC: 0800 702 2255

Versão I de 21/06/2023

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

COBERTURA PARCIAL 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 a cobertura total, após cumpridas eventuais carências sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo ão 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 Agravado, 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 RNº 558/2022.	
	Coletivo Empresarial	
	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, 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.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
	Coletivo por Adesão	
	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
REAJUSTE	É importante que o consumidor 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.	
	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 divulgados 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 563/2022.	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 563/2022.
	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestadore hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.	
	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 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

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 consumidor no pagamento da mensalidade, é assegurado ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No

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

O consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou 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 como empregado ou servidor.

Salientamos 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.

Guia de Leitura Contratual

PF Individual ou Familiar

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	01 - CG
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	01 - CG
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	N/A
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória 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.	01 - CG
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	02 - CG
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	03 - CG
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	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

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, esse 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.	03 - CG
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	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.	05 - CG
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	03 - CG
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	07 - CG
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	07 - CG
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação 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.	N/A

CG - Condições Gerais / N.A. = não se aplica

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa -RN nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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

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

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
INDIVIDUAL OU FAMILIAR**

CONDIÇÕES GERAIS

ODONTOPREV S.A.

CNPJ/MF: 58.119.199/0001-51

Segmentação Assistencial Odontológica

Classificação da Operadora na ANS: Odontologia de Grupo

CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ODONTOPREV S.A., operadora de planos exclusivamente odontológicos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.119.199/0001-51, registrada na ANS sob o nº 30.194-9, com sede no município de Barueri, Estado de São Paulo, na Alameda Araguaia, nº 2104, Condomínio Centro Empresarial Araguaia Corporate, Alphaville Industrial, CEP 06455-000 doravante denominada simplesmente CONTRATADA, neste ato representada na forma do seu contrato social.

CLÁUSULA SEGUNDA - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

2.1. O CONTRATANTE está devidamente qualificado na Proposta de Adesão, parte integrante deste contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO DE SAÚDE

3.1. Nome Comercial e Nº de Registro do plano na ANS: Indicado na Proposta de Adesão, parte integrante deste contrato.

3.2. Tipo de Contratação: Este plano é de contratação Individual ou Familiar, entendendo-se como contrato oferecido no mercado, para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem grupo familiar.

3.3. Segmentação Assistencial do plano de saúde: Este plano possui a segmentação Odontológica.

3.4. Área Geográfica de Abrangência do plano de saúde: Nacional.

3.5. Formação do Preço

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial é em regime misto (pré-pagamento e pós-pagamento), nos termos da RN nº 59/2003.

CLÁUSULA QUARTA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

4.1. Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Odontológica, sendo que a cobertura contratual compreende todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação Odontológica e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal.

4.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA QUINTA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

5.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

5.2. São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

5.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o **beneficiário titular**.

5.4. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes:

a) pessoas físicas, com ou sem o grupo familiar;

b) mediante a comprovação das qualidades a seguir indicadas e da dependência econômica em relação ao titular: o cônjuge; o companheiro, havendo união estável na forma da lei; os filhos e enteados; os tutelados e os menores sob guarda; os dependentes economicamente do titular que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com 24 (vinte e quatro) anos, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos de qualquer idade.

5.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito.

5.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito. Poderá ser exigida a entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/certidão de casamento.

5.7. Fica assegurada a inclusão do filho adotivo do beneficiário titular, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias da adoção.

5.8. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1. Esta cobertura se refere, exclusivamente, aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente na época da realização do evento para a segmentação odontológica, para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, incluindo:

6.1.1. A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos solicitados pelo cirurgião-dentista e assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação odontológica, realizados em consultórios próprios e de terceiros credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

6.1.2. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação odontológica.

6.2. Estão cobertos no regime de pré-pagamento, sem a utilização de mecanismos de regulação financeira, os procedimentos elencados no *caput* do artigo 2º da RN 59/2003 e os demais procedimentos listados na Tabela Matriz de Cobertura Contratual no ANEXO CONTRATUAL.

6.3. Será responsabilidade do CONTRATANTE o adimplemento da contraprestação pecuniária em favor da CONTRATADA nos procedimentos sujeitos ao regime de pós-pagamento listados na Tabela de Preços por Procedimentos para o regime de pós-pagamento no ANEXO CONTRATUAL, os quais serão calculados e pagos quando, e se, realizados o(s) procedimento(s) e exame(s) nos termos das coberturas contratadas.

6.4. Em nenhuma hipótese será objeto de pós-pagamento os procedimentos previstos no *caput* do artigo 2º da RN 59/2003 e suas atualizações.

CLÁUSULA SETIMA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1. Estão excluídos da cobertura deste plano os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação odontológica, bem como:

a) Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos; b) As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar; c) 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, mas que necessitem de internação por imperativo clínico; d) As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência à saúde médico-hospitalar, diferente do plano odontológico; e) A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais; f) Transporte do paciente; g) procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitam de internação hospitalar; h) procedimentos não constantes no Rol de procedimentos vigentes à época do evento; i) consulta domiciliar; j) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar; l) transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias; m) Os tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; n) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA

8.1. Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, sendo seu início a partir do aceite do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

8.2. O Contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

8.2.1. Não haverá cobrança de taxa ou qualquer outro valor a título de renovação contratual, bem como a recontagem de carências.

CLÁUSULA NONA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

9.1. Para a utilização das coberturas deste Contrato, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir prazos de carência estabelecidos na Proposta de Adesão, que serão contados a partir da data de inclusão do

BENEFICIÁRIO, mediante o aceite do contrato ou assinatura da proposta de adesão ou o primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, respeitados os seguintes prazos máximos:

Procedimento	Carência Máxima
Urgência e Emergência	24 horas
Demais Procedimentos	180 dias

9.2. Para os casos de urgência e emergência, o prazo de carência não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) horas.

9.3. Somente deverão cumprir prazos de carência os procedimentos em regime de pré-pagamento, estando esclarecido que os procedimentos em regime de pós-pagamento não estão sujeitos à contagem dos períodos de carência.

9.4. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

9.5. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Adesão da inclusão do novo beneficiário.

CLÁUSULA DÉCIMA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. Estão cobertos os seguintes procedimentos de emergência e urgência:

I - curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal; II - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente; III - imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma; IV - recimentação de peça protética: consiste na recolocação de trabalho protético; V - tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário; VI - colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo; VII - incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso; VIII - incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso; IX - reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização; X - outros procedimentos que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a Segmentação Odontológica, editado pela ANS e vigente à época do evento, definir como de urgência/emergência.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

10.2. Será garantido ao Beneficiário CONTRATANTE o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, **quando não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial credenciados deste plano.**

10.3. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão devolvidos, na hipótese do não pagamento integral:

10.3.1. Solicitação de reembolso em formulário próprio, fornecido pela CONTRATADA;

10.3.2. Relatório do odontólogo assistente declarando o nome do paciente, data do atendimento e descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados;

10.3.3. Conta odontológica, discriminando materiais e medicamentos porventura consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais;

10.3.4. Recibos individualizados de honorários dos odontólogos assistentes, discriminando funções e o evento a que se referem.

10.4. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência.

10.5. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso.

10.6. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado pela operadora junto à rede assistencial credenciada para o plano contratado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - MECANISMO DE REGULAÇÃO

11.1. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar:

- documento de identidade oficial com foto; - a requisição para a realização de exames ou tratamentos; e - a Autorização Prévia da CONTRATADA para a realização do serviço quando aplicável.

11.2. Os serviços odontológicos cobertos pelo presente Contrato estão sujeitos à prévia autorização da CONTRATADA, exceto consulta inicial e os casos de urgência.

11.3. Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

11.4. A solicitação de autorização, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à CONTRATADA, quando aplicável, assinada e datada pelo cirurgião-dentista e assinada também pelo Beneficiário.

11.5. Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do presente Contrato, fica garantido ao Beneficiário a formação de uma Junta Odontológica, composta por 03 (três) membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

11.7. Indicador de Serviços da Rede é a relação de prestadores de serviços odontológicos, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.

11.8. Manual do Beneficiário é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores moderadores, limites de cobertura, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela CONTRATADA para agilizar o

atendimento.

11.9. O manual será atualizado pela CONTRATADA e ficará disponível ao beneficiário no estabelecimento da CONTRATADA, através do serviço de tele atendimento ou por meio da *internet*.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

12.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada se dará em regime misto (pré-pagamento e pós-pagamento).

12.2. Os procedimentos que estarão sujeitos ao regime de pré-pagamento possuem o valor da contraprestação estabelecida na Proposta de Adesão e os procedimentos em regime de pós-pagamento possuem os valores definidos na Tabela de Preço por Procedimentos para o regime de pós-pagamento no ANEXO CONTRATUAL.

12.3. Será adimplida no regime de pré-pagamento a contraprestação pecuniária mensal estabelecida antes da utilização das coberturas contratadas, a qual será devida independentemente da utilização ou não dos serviços, estando o valor respectivo fixado na Proposta de Adesão, aplicando-se o reajustamento nos termos do item 13.1.

12.4. A contraprestação em regime de pós-pagamento somente será devida quando e se houver a utilização dos serviços nos termos das coberturas contratuais deste regime de pagamento, estando o valor devido por cada procedimento estabelecido na Tabela de Preço por Procedimentos para o regime de pós-pagamento.

12.4.1 O valor máximo a ser pago pela realização dos procedimentos sujeitos ao regime de pós-pagamento estão expressamente previstos na Tabela de Preço por Procedimentos, parte integrante deste Contrato, aplicando-se o reajustamento na forma do item 13.2. abaixo. Fica facultado à CONTRATADA praticar preços diferenciados, desde que inferiores aos valores previstos na mencionada tabela, observada a variação desta pelo reajustamento anual fixado neste instrumento.

12.5. As contraprestações que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA serão devidas por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes.

12.6. Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA e obter a segunda via por meio da internet ou pelo tele atendimento.

12.7. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

12.8. Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento dada mensalidade, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

12.9. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

12.10. 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.

12.11. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

12.12. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REAJUSTE

13.1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades no regime de pré-pagamento será anual, e dar-se-á mediante a aplicação do índice IPCA-IBGE, o qual será apurado, no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 03(três) meses à data de aniversário do contrato - data-base.

13.2. Nos termos da legislação em vigente, o reajuste financeiro a incidir nos valores apontados na Tabela de Preço por Procedimentos sujeitos ao regime de pós-pagamento será anual, e dar-se-á mediante a aplicação da variação do índice IPCA-IBGE, o qual será apurado a partir da data do registro do presente contrato no cartório de títulos e documentos.

13.3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 13.1 e 13.2., será aplicado o índice que o substitua ou novo índice a ser incorporado ao contrato mediante comunicação aos beneficiários contratantes.

13.4 Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a 12 (doze) meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1. O beneficiário dependente será excluído do plano odontológico nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular.

14.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada não extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a consequente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

14.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nos termos previstos no item 14.1. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

14.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1. 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.

15.2. O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no *caput* se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

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

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

15.5. O CONTRATANTE terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano (nos 12 meses iniciais) de vigência do contrato,

o CONTRATANTE pagará multa de 20% (vinte por cento) sobre o total das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 (doze) meses de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DADOS PESSOAIS

16.1. Para os fins deste instrumento, são considerados:

16.1.1. “Dados Pessoais”: qualquer informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, como por exemplo: nome, CPF, RG, endereço residencial ou comercial, número de telefone fixo ou móvel, endereço de e-mail, data de nascimento, sexo, entre outros.

16.1.2. “Dados Pessoais Sensíveis”: dados pessoais sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculados a uma pessoa natural.

16.1.3. “Titular de Dados”: pessoa natural a quem se referem os dados pessoais.

16.1.4. “Tratamento”: qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas com dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição.

16.1.5. “Incidentes”: qualquer acesso, aquisição, uso, modificação, divulgação, perda, destruição ou dano acidental, ilegal ou não autorizado que envolva dados pessoais.

16.2. A Operadora de Planos Odontológicos declara e garante que cumpre toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Federal n. 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – “LGPD”), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados classificados como pessoais, coletados e tratados para a execução do serviço, somente nos estritos limites aqui previstos, como controladoras de dados pessoais ou por meio de seus operadores, nos termos da lei aplicável.

16.3. A Operadora de Planos Odontológicos se compromete a tratar os Dados Pessoais e Sensíveis relacionados ao plano contratado somente nos estritos limites previstos na Lei e demais documentos de contratação do plano, não havendo qualquer tipo de tratamento incompatível com os objetivos acordados neste instrumento.

16.4. Enquanto controlador dos Dados Pessoais, a Operadora de Planos Odontológicos se responsabiliza e garante que as informações que compartilhar, em decorrência da celebração do Contrato, foram coletadas em conformidade com todas as leis e regulamentos aplicáveis de Privacidade e Proteção de Dados, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DISPOSIÇÕES GERAIS

I - DAS DEFINIÇÕES:

17.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

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.

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.

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

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.

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 contratante à operadora.

PRÉ-PAGAMENTO: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas e é devido independentemente da utilização dos serviços, estando esta importância estabelecida na Proposta de Adesão.

PÓS-PAGAMENTO: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado e pago após a realização dos procedimentos com coberturas contratadas e devido somente mediante a utilização dos serviços, estando o valor limitado às importâncias estabelecidas na Tabela de Preço por Procedimentos para o regime de pós-pagamento.

REGIME MISTO: quando associa as formas de pré-pagamento e pós-pagamento.

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

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 no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

II - DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES

17.2. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

17.3. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

17.4. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver quaisquer documentos porventura fornecidos pela

CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente contrato.

17.4.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

17.5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

17.6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, após cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial e, posteriormente, revogadas ou decididas em contrário e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

17.7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

17.8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

17.9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

17.10. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, Guia de Utilização de Rede, Tabela Matriz de Cobertura Contratual, Tabela de Preço por Procedimento para o regime de pós-pagamento** e demais anexos firmados pelos contraentes.

17.11. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

17.12. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que impliquem em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - ELEIÇÃO DE FORO

18.1. Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o foro da comarca de domicílio do CONTRATANTE.

Estas Condições Gerais encontram-se registradas no Cartório Oficial de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sendo prenotado sob o número 2.197.210, em 05/09/2024 e registrado no livro B, sob o número 2.241.114.

ESPECIALIDADE	CÓD TUSS	PROCEDIMENTO	Dental INICIAL
			170
Diagnóstico	81.000.030	Consulta odontológica	Pré
Diagnóstico	81.000.065	Consulta odontológica inicial	Pré
Diagnóstico	81.000.111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	Pós
Diagnóstico	81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	Pós
Diagnóstico	81.000.154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	Pós
Diagnóstico	81.000.170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	Pós
Diagnóstico	81.000.189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	Pós
Diagnóstico	82.000.506	Controle pós-operatório em odontologia	Pré
Emergência	81.000.049	Consulta odontológica de Urgência	Pré
Emergência	81.000.057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	Pré
Emergência	82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Pré
Emergência	82.000.484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Pré
Emergência	82.001.022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	Pré
Emergência	82.001.030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	Pré
Emergência	82.001.197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	Pré
Emergência	82.001.251	Reimplante dentário com contenção	Pré
Emergência	82.001.308	Remoção de dreno extra-oral	Pré
Emergência	82.001.316	Remoção de dreno intra-oral	Pré
Emergência	82.001.499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	Pré
Emergência	82.001.650	Tratamento de alveolite	Pré
Emergência	85.100.048	Colagem de fragmentos dentários	Pré
Emergência	85.200.034	Pulpectomia	Pré
Emergência	85.200.085	Restauração temporária / tratamento expectante	Pré
Emergência	85.300.080	Tratamento de pericoronarite	Pós
Emergência	85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos	Pré
Emergência	85.400.475	Reembasamento de coroa provisória	Pós
Dentística	85.100.013	Capeamento pulpar direto	Pós
Dentística	85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Pós
Dentística	85.100.099	Restauração de amálgama - 1 face	Pós
Dentística	85.100.102	Restauração de amálgama - 2 faces	Pós
Dentística	85.100.110	Restauração de amálgama - 3 faces	Pós
Dentística	85.100.129	Restauração de amálgama - 4 faces	Pós
Dentística	85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	Pós

ESPECIALIDADE	CÓD TUSS	PROCEDIMENTO	Dental INICIAL
			170
Dentística	85.100.145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	Pós
Dentística	85.100.153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	Pós
Dentística	85.100.161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	Pós
Dentística	85.100.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	Pós
Dentística	85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	Pós
Dentística	85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	Pós
Dentística	85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	Pós
Dentística	85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo	Pós
Dentística	85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	Pós
Dentística	85.400.505	Remoção de trabalho protético	Pós
Odontopediatria	81.000.014	Condicionamento em Odontologia	Pós
Odontopediatria	82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	Pós
Odontopediatria	83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo	Pós
Odontopediatria	83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo	Pós
Odontopediatria	83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Pós
Odontopediatria	83.000.089	Exodontia simples de decíduo	Pós
Odontopediatria	83.000.127	Pulpotomia em Dente Decíduo	Pós
Odontopediatria	83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo	Pós
Odontopediatria	83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Pós
Odontopediatria	84.000.031	Aplicação de carióstático	Pós
Odontopediatria	84.000.058	Aplicação de selante - técnica invasiva	Pós
Odontopediatria	84.000.074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	Pós
Odontopediatria	84.000.112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	Pós
Odontopediatria	84.000.171	Controle de cárie incipiente	Pós
Odontopediatria	84.000.201	Remineralização	Pós
Odontopediatria	85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente	Pós
Odontopediatria	87.000.032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	Pós
Odontopediatria	87.000.040	Coroa de acetato em dente permanente	Pós
Odontopediatria	87.000.059	Coroa de aço em dente permanente	Pós
Odontopediatria	87.000.067	Coroa de policarbonato em dente permanente	Pós
Odontopediatria	87.000.148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	Pós
Radiologia	81.000.278	Fotografia	Pré
Radiologia	81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	Pós

Matriz de Cobertura Contratual

Cobertura do plano INICIAL MISTO IFRD
(individual ou familiar)



ESPECIALIDADE	CÓD TUSS	PROCEDIMENTO	Dental INICIAL
			170
Radiologia	81.000.375	Radiografia interproximal - bite-wing	Pré
Radiologia	81.000.383	Radiografia oclusal	Pós
Radiologia	81.000.405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	Pós
Radiologia	81.000.421	Radiografia periapical	Pré
Prevenção	84.000.090	Aplicação tópica de flúor	Pré
Prevenção	84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal	Pré
Prevenção	84.000.163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	Pré
Prevenção	84.000.198	Profilaxia: polimento coronário	Pré
Prevenção	84.000.252	Teste de PH salivar	Pré
Prevenção	87.000.016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	Pré
Prevenção	87.000.024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	Pré
Periodontia	82.000.026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	Pós
Periodontia	82.000.212	Aumento de coroa clínica	Pós
Periodontia	82.000.336	Cirurgia odontológica a retalho	Pós
Periodontia	82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho	Pós
Periodontia	82.000.662	Enxerto gengival livre	Pós
Periodontia	82.000.689	Enxerto pediculado	Pós
Periodontia	82.000.921	Gengivectomia	Pós
Periodontia	82.000.948	Gengivoplastia	Pós
Periodontia	85.000.787	Imobilização dentária em dentes decíduos	Pré
Periodontia	85.300.012	Dessensibilização dentária	Pós
Periodontia	85.300.020	Imobilização dentária em dentes permanentes	Pré
Periodontia	85.300.039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	Pós
Periodontia	85.300.047	Raspagem supra-gengival	Pós
Periodontia	85.300.055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	Pós
Periodontia	85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	Pós
Periodontia	85.300.071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA	Pós
Periodontia	82.001.685	Tunelização	Pós
Cirurgia	81.000.197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	Pós
Cirurgia	81.000.200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	Pós
Cirurgia	81.000.219	Diagnóstico e tratamento de halitose	Pós
Cirurgia	81.000.235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	Pós
Cirurgia	82.000.034	Alveoloplastia	Pós

Central de Atendimento e Relacionamento:
0800 702 9000
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC):
0800 702 2255

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191
Ouvidoria: 0800 721 6378
www.odontoprev.com.br



ANS - nº 301949

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009

ESPECIALIDADE	CÓD TUSS	PROCEDIMENTO	Dental INICIAL
			170
Cirurgia	82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada	Pós
Cirurgia	82.000.069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	Pós
Cirurgia	82.000.077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	Pós
Cirurgia	82.000.085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	Pós
Cirurgia	82.000.158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Pós
Cirurgia	82.000.166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Pós
Cirurgia	82.000.174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	Pós
Cirurgia	82.000.182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	Pós
Cirurgia	82.000.190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	Pós
Cirurgia	82.000.280	Biópsia de maxila	Pós
Cirurgia	82.000.298	Bridectomia	Pós
Cirurgia	82.000.301	Bridotomia	Pós
Cirurgia	82.000.352	Cirurgia para exostose maxilar	Pós
Cirurgia	82.000.360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	Pós
Cirurgia	82.000.387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	Pós
Cirurgia	82.000.395	Cirurgia para torus palatino	Pós
Cirurgia	82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	Pós
Cirurgia	82.000.557	Cunha proximal	Pós
Cirurgia	82.000.743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Pós
Cirurgia	82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Pós
Cirurgia	82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	Pós
Cirurgia	82.000.794	Exérese ou excisão de mucocele	Pós
Cirurgia	82.000.808	Exérese ou excisão de rânula	Pós
Cirurgia	82.000.816	Exodontia a retalho	Pós
Cirurgia	82.000.832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	Pós
Cirurgia	82.000.859	Exodontia de raiz residual	Pós
Cirurgia	82.000.875	Exodontia simples de permanente	Pós
Cirurgia	82.000.883	Frenulectomia labial	Pós
Cirurgia	82.000.891	Frenulectomia lingual	Pós
Cirurgia	82.000.905	Frenulotomia labial	Pós
Cirurgia	82.000.913	Frenulotomia lingual	Pós
Cirurgia	82.001.073	Odonto-seção	Pós
Cirurgia	82.001.103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	Pós

ESPECIALIDADE	CÓD TUSS	PROCEDIMENTO	Dental INICIAL
			170
Cirurgia	82.001.170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	Pós
Cirurgia	82.001.189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	Pós
Cirurgia	82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados	Pós
Cirurgia	82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	Pós
Cirurgia	82.001.367	Remoção de odontoma	Pós
Cirurgia	82.001.510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	Pós
Cirurgia	82.001.529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	Pós
Cirurgia	82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial	Pós
Cirurgia	82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Pós
Cirurgia	82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Pós
Cirurgia	82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Pós
Cirurgia	82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Pós
Cirurgia	82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	Pós
Cirurgia	82.001.707	Ulectomia	Pós
Cirurgia	82.001.715	Ulotomia	Pós
Endodontia	85.100.056	Curativo de demora em endodontia	Pós
Endodontia	85.200.026	Preparo para núcleo intrarradicular	Pós
Endodontia	85.200.042	Pulpotomia	Pós
Endodontia	85.200.050	Remoção de corpo estranho intracanal	Pós
Endodontia	85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Pós
Endodontia	85.200.077	Remoção de núcleo intrarradicular	Pós
Endodontia	85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular	Pós
Endodontia	85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular	Pós
Endodontia	85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular	Pós
Endodontia	85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica	Pós
Endodontia	85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	Pós
Endodontia	85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular	Pós
Endodontia	85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular	Pós
Endodontia	85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular	Pós
Prótese Dentária	85.400.076	Coroa provisória com pino	Pós
Prótese Dentária	85.400.084	Coroa provisória sem pino	Pós
Prótese Dentária	85.400.114	Coroa total em cerômero	Pós
Prótese Dentária	85.400.149	Coroa total metálica	Pós

Matriz de Cobertura Contratual

Cobertura do plano INICIAL MISTO IFRD
(individual ou familiar)



ESPECIALIDADE	CÓD TUSS	PROCEDIMENTO	Dental INICIAL
			170
Prótese Dentária	85.400.211	Núcleo de preenchimento	Pós
Prótese Dentária	85.400.220	Núcleo metálico fundido	Pós
Prótese Dentária	85.400.262	Pino pré fabricado	Pós
Prótese Dentária	85.400.459	Provisório para Restauração metálica fundida	Pós
Prótese Dentária	85.400.556	Restauração metálica fundida	Pós

Central de Atendimento e Relacionamento:
0800 702 9000
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC):
0800 702 2255

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191
Ouvidoria: 0800 721 6378
www.odontoprev.com.br



ANS - nº 301949

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009

Tabela de preço por procedimento

Para regime de pós-pagamento



CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO	PÓS-PAGAMENTO	VALOR
CIRURGIA			
81.000.197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	X	R\$ 341,52
81.000.200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	X	R\$ 341,52
81.000.219	Diagnóstico e tratamento de halitose	X	R\$ 341,52
81.000.235	Diagnóstico e tratamento de xerostomiaL	X	R\$ 341,52
82.000.034	Alveoloplastia	X	R\$ 426,12
82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada	X	R\$ 969,34
82.000.069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	X	R\$ 846,21
82.000.077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	X	R\$ 1.118,14
82.000.085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	X	R\$ 990,99
82.000.158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	X	R\$ 1.273,60
82.000.166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	X	R\$ 1.146,45
82.000.174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	X	R\$ 957,92
82.000.182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	X	R\$ 835,93
82.000.190	Aprofundamento/aumento de vestibule	X	R\$ 728,33
82.000.239	Biópsia de boca	X	R\$ 431,20
82.000.247	Biópsia de glândula salivar	X	R\$ 431,20
82.000.255	Biópsia de lábio	X	R\$ 431,20
82.000.263	Biópsia de língua	X	R\$ 431,20
82.000.271	Biópsia de mandibular	X	R\$ 431,20
82.000.280	Biópsia de maxilla	X	R\$ 431,20
82.000.298	Bridectomia	X	R\$ 506,22
82.000.301	Bridotomia	X	R\$ 506,22
82.000.352	Cirurgia para exostose maxilar	X	R\$ 556,41
82.000.360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	X	R\$ 675,16
82.000.387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	X	R\$ 446,25
82.000.395	Cirurgia para torus palatino	X	R\$ 556,41
82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	X	R\$ 431,20
82.000.557	Cunha proximal	X	R\$ 557,77
82.000.743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 431,20
82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	X	R\$ 690,39
82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	X	R\$ 500,15
82.000.794	Exérese ou excisão de mucocele	X	R\$ 500,15
82.000.808	Exérese ou excisão de rânula	X	R\$ 470,14
82.000.816	Exodontia a retalho	X	R\$ 402,05
82.000.832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	X	R\$ 402,05
82.000.859	Exodontia de raiz residual	X	R\$ 371,40
82.000.883	Frenulectomia labial	X	R\$ 506,22
82.000.891	Frenulectomia lingual	X	R\$ 586,81
82.000.905	Frenulotomia labial	X	R\$ 506,22
82.000.913	Frenulotomia lingual	X	R\$ 586,81

Central de Atendimento e Relacionamento:
0800 702 9000
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC):
0800 702 2255

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191
Ouvidoria: 0800 721 6378
www.odontoprev.com.br



ANS - nº 301949

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009

Tabela de preço por procedimento

Para regime de pós-pagamento



CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO	PÓS-PAGAMENTO	VALOR
82.001.073	Odonto-seção	X	R\$ 297,12
82.001.103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 313,96
82.001.154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	X	R\$ 1.325,83
82.001.170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	X	R\$ 3.167,24
82.001.189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	X	R\$ 2.823,47
82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados	X	R\$ 843,34
82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	X	R\$ 650,32
82.001.367	Remoção de odontoma	X	R\$ 500,15
82.001.510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	X	R\$ 843,34
82.001.529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	X	R\$ 843,34
82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	X	R\$ 565,78
82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 525,46
82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 614,34
82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 614,34
82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 614,34
82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	X	R\$ 614,34
82.001.707	Ulectomia	X	R\$ 292,42
82.001.715	Ulotomia	X	R\$ 314,40
DENTÍSTICA			
85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	X	R\$ 425,13
85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	X	R\$ 237,57
85.100.145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	X	R\$ 243,49
85.100.153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	X	R\$ 257,23
85.100.161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	X	R\$ 274,64
85.100.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	X	R\$ 254,41
85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	X	R\$ 286,47
85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	X	R\$ 343,03
85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	X	R\$ 380,81
85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo	X	R\$ 297,12
85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	X	R\$ 257,95
85.400.505	Remoção de trabalho protético	X	R\$ 158,04
DIAGNÓSTICO			
81.000.111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 275,21
81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 275,21
81.000.154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 275,21
81.000.170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	X	R\$ 275,21
81.000.189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	X	R\$ 341,52
82.000.506	Controle pós-operatório em odontologia	X	R\$ 275,21
ENDODONTIA			
85.100.056	Curativo de demora em endodontia	X	R\$ 412,21
85.200.026	Preparo para núcleo intrarradicular	X	R\$ 209,02

Central de Atendimento e Relacionamento:
0800 702 9000
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC):
0800 702 2255

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191
Ouvidoria: 0800 721 6378
www.odontoprev.com.br



ANS - nº 301949

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009

Tabela de preço por procedimento

Para regime de pós-pagamento



CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO	PÓS-PAGAMENTO	VALOR
85.200.042	Pulpotomia	X	R\$ 355,65
85.200.050	Remoção de corpo estranho intracanal	X	R\$ 401,95
85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	X	R\$ 415,10
85.200.077	Remoção de núcleo intrarradicular	X	R\$ 513,14
85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular	X	R\$ 1.122,05
85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular	X	R\$ 1.902,57
85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular	X	R\$ 816,76
85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica	X	R\$ 522,36
85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	X	R\$ 387,22
85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular	X	R\$ 898,99
85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular	X	R\$ 1.456,64
85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular	X	R\$ 757,09
ODONTOPEDIATRIA			
82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	X	R\$ 189,84
83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo	X	R\$ 464,40
83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo	X	R\$ 502,33
83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	X	R\$ 446,20
83.000.127	Pulpotomia em dente decíduo	X	R\$ 318,22
83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo	X	R\$ 185,82
83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	X	R\$ 573,25
84.000.171	Controle de cárie incipiente	X	R\$ 130,31
84.000.201	Remineralização	X	R\$ 130,91
85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente	X	R\$ 185,82
87.000.032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	X	R\$ 246,73
87.000.040	Coroa de acetato em dente permanente	X	R\$ 464,40
87.000.059	Coroa de aço em dente permanente	X	R\$ 502,33
87.000.067	Coroa de policarbonato em dente permanente	X	R\$ 446,20
87.000.148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	X	R\$ 327,71
PERIODONTIA			
82.000.026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	X	R\$ 246,24
82.000.212	Aumento de coroa clínica	X	R\$ 580,55
82.000.336	Cirurgia odontológica a retalho	X	R\$ 402,05
82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho	X	R\$ 601,92
82.000.662	Enxerto gengival livre	X	R\$ 703,36
82.000.689	Enxerto pediculado	X	R\$ 593,20
82.000.921	Gingivectomia	X	R\$ 463,34
82.000.948	Gingivoplastia	X	R\$ 707,27
82.001.685	Tunelização	X	R\$ 334,26
85.300.012	Dessensibilização dentária	X	R\$ 163,99
85.300.039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	X	R\$ 361,18
85.300.047	Raspagem supra-gengival	X	R\$ 347,46

Central de Atendimento e Relacionamento:
0800 702 9000
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC):
0800 702 2255

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191
Ouvidoria: 0800 721 6378
www.odontoprev.com.br



ANS - nº 301949

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009

Tabela de preço por procedimento

Para regime de pós-pagamento



CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO	PÓS-PAGAMENTO	VALOR
85.300.055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	X	R\$ 251,74
85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	X	R\$ 322,25
85.300.071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA	X	R\$ 640,62
PRÓTESE DENTÁRIA			
85.400.076	Coroa provisória com pino	X	R\$ 395,54
85.400.084	Coroa provisória sem pino	X	R\$ 346,02
85.400.114	Coroa total em cerômero	X	R\$ 1.114,20
85.400.149	Coroa total metálica	X	R\$ 1.012,27
85.400.211	Núcleo de preenchimento	X	R\$ 255,40
85.400.220	Núcleo metálico fundido	X	R\$ 618,33
85.400.262	Pino pré fabricado	X	R\$ 371,40
85.400.459	Provisório para Restauração metálica fundida	X	R\$ 346,02
85.400.556	Restauração metálica fundida	X	R\$ 879,80
RADIOLOGIA			
81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	X	R\$ 428,20
81.000.383	Radiografia oclusal	X	R\$ 94,29
81.000.405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	X	R\$ 188,42

Central de Atendimento e Relacionamento:
0800 702 9000
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC):
0800 702 2255

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191
Ouvidoria: 0800 721 6378
www.odontoprev.com.br



ANS - nº 301949

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009