

# CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	▶ QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	1
2	▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE .....	1
3	▶ OBJETO DO CONTRATO.....	2
4	▶ TIPO DE PLANO – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.	2
5	▶ CARACTERÍSTICA DO PLANO .....	3
6	▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO .....	4
7	▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA .....	4
8	▶ ÁREA DE ATUAÇÃO.....	4
9	▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO .....	5
10	▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO .....	6
11	▶ CONCEITOS.....	8
12	▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	9
13	▶ EXCLUSÕES CONTRATUAIS .....	14
14	▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	15
15	▶ DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS.....	16
16	▶ REEMBOLSO DE DESPESAS.....	16
17	▶ DAS CARÊNCIAS .....	25
18	▶ OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE .....	26
19	▶ DO LOCAL, DATA E FORMA DE PAGAMENTO.....	26
20	▶ VIGÊNCIA DO CONTRATO.....	27
21	▶ RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	27
22	▶ REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO .....	29
23	▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO .....	31
24	▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE .....	33
25	▶ REAJUSTE .....	34
26	▶ DISPOSIÇÕES GERAIS.....	35
27	▶ FORO.....	37

1

## CLÁUSULA PRIMEIRA

### QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

**1.1 – Amil Assistência Médica Internacional S.A.**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

2

## CLÁUSULA SEGUNDA

### QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

**2.1 – A CONTRATANTE** deve incluir na data de início da vigência deste contrato, no mínimo 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS** entre titulares e dependentes e até o máximo de 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

**2.2 – É BENEFICIÁRIO titular** a pessoa habilitada como tal na Proposta Contratual, ou que venha a ser incluída posteriormente, que mantenha com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária, de acordo com as condições previstas neste contrato.

**2.3 – É BENEFICIÁRIO dependente** a pessoa vinculada ao **BENEFICIÁRIO titular**, tal como definido na cláusula que trata das condições de admissão.

**2.4 – No conjunto, BENEFICIÁRIOS titulares e BENEFICIÁRIOS dependentes serão denominados**, simplesmente, **BENEFICIÁRIOS**.

3

### CLÁUSULA TERCEIRA

#### OBJETO DO CONTRATO

**3.1** – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos pela **CONTRATADA** das despesas com os procedimentos de Assistência Odontológica, prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** indicados pela **CONTRATANTE** e nas condições de cobertura estabelecidas no presente contrato, e de acordo com o estipulado no plano contratado em obediência ao que estabelece a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sua regulamentação.

**3.2** – Fazem parte deste contrato todos os seus anexos, aditivos e regulamentos, bem como a rede credenciada Amil Dental definida no plano contratado e os documentos comprovantes de pagamento.

4

### CLÁUSULA QUARTA

#### TIPO DE PLANO – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

**4.1** – Plano Amil Linha Dental, descrito na Proposta Contratual, assegura aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura integral de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao **BENEFICIÁRIO** façam parte da rede credenciada da **CONTRATADA**, para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

**4.1.1** – O referido plano descrito na Proposta Contratual, assegura a cobertura integral de custos de despesas odontológicas, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** e/ou em prestadores de serviços não credenciados, através de reembolso nas condições descritas na cláusula décima sexta do presente instrumento jurídico.

## CARACTERÍSTICA DO PLANO

### PLANO DE REDE CREDENCIADA

**5.1** – Para obter o atendimento, o **BENEFICIÁRIO** escolherá o seu dentista a partir da listagem constante do Orientador Odontológico Amil.

**5.1.1** – A rede credenciada a que se refere este contrato é aquela composta de dentistas, serviços de radiologia, laboratórios de análises clínicas e clínicas de urgência que constam da relação dos profissionais cadastrados pela **CONTRATADA**.

**5.1.2** – A abrangência geográfica da rede credenciada é nacional.

**5.1.3** – A cobertura de custos das despesas com o atendimento na rede credenciada, assegurada neste contrato, será realizada através de pagamento direto ao prestador de serviço pela **CONTRATADA**.

**5.1.4** – Nos planos de rede credenciada, a **CONTRATADA** fará o reembolso das despesas com atendimento de urgência comprovada, nas cidades onde não haja dentistas ou clínicas de urgência credenciadas, respeitando-se as normas administrativas para concessão de reembolso, conforme descrito na cláusula Reembolso de Despesas.

**5.1.5** – A tabela a que se refere este contrato é a Tabela de Reembolso de Procedimentos de Urgência/Emergência, descrita na cláusula Reembolso de Despesas.

**5.1.6** – Os **BENEFICIÁRIOS** poderão utilizar a rede credenciada sem necessidade de pagamento direto ao dentista, observando os direitos contratuais. Nesse caso o pagamento será efetuado integralmente ao dentista pela **CONTRATADA**, não podendo o **BENEFICIÁRIO** usufruir do benefício de reembolso.

6

## CLÁUSULA SEXTA

### TIPO DE CONTRATAÇÃO

**6.1** – O tipo de contratação deste plano é **Coletivo Empresarial**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

7

## CLÁUSULA SÉTIMA

### ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

**7.1** – Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada, na abrangência geográfica nacional, em consonância com a classificação estabelecida na RDC nº 100 da ANS, de 6 de junho de 2005, ou outra que venha a sucedê-la, cujo conteúdo pode ser encontrado no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

**7.2** – A **CONTRATADA** disponibilizará Orientador Odontológico com a lista de todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), constando os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso.

8

## CLÁUSULA OITAVA

### ÁREA DE ATUAÇÃO

**8.1** – As áreas de comercialização do plano contratado são somente aquelas onde a **CONTRATADA** possua filiais operacionais ou sede com área de atuação na região, conforme disposto no Anexo I da RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, cujos produtos comercializados são os que estão vigentes na época da contratação.

### ATRIBUTOS DO CONTRATO

**9.1** – A Amil, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, de acordo com o §1º, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela MP 2.177 de 2001, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos com as coberturas das 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 no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** vigente na época do evento. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente, e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

**9.2** – O presente Contrato de Cobertura de Custos Odontológicos reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor e artigos 458 a 461 do Código Civil de 2002, considerando-se, ainda, esta avença, como um contrato, assumindo o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da Amil em garanti-la ou em razão do evento não constar do Rol de Procedimentos vigente.

**9.3** – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, em especial a Resolução Normativa RN 195/09 alterada pela RN 200/09, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**10.1** – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

**10.2** – À **CONTRATADA** é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da Solicitação de Proposta Contratual ou da solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, para proceder à aceitação desta proposta contratual ou da referida inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, prevalecendo, após a aceitação, a data de inclusão indicada na solicitação mencionada.

**10.3** – Poderão ser incluídos como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato as pessoas físicas que mantenham vínculo de caráter empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**.

**10.4** – São considerados **BENEFICIÁRIOS dependentes diretos**, com relação ao **BENEFICIÁRIO titular**, podendo ser incluídos apenas no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO titular**, as seguintes pessoas:

- a) Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes, respeitado o conceito de família previsto no art. 226, parágrafo 3º da Constituição da República Federativa do Brasil;
- b) Os filhos(as) solteiros(as) com menos de 40 (quarenta) anos e filhos(as) inválidos, de qualquer idade, comprovado por perícia médica realizada pela **CONTRATADA**. Equiparam-se aos filhos, o enteado e o menor que esteja sob tutela.

**10.5** – Podem ser incluídos, ainda, como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato os **BENEFICIÁRIOS dependentes agregados**. São considerados **BENEFICIÁRIOS dependentes agregados**, em relação ao **BENEFICIÁRIO titular**:

- a) pai e mãe;
- b) sogro(a);
- c) irmãos(ãs) solteiros(as).

**10.6** – São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, os menores adotados judicialmente, os enteados e os tutelados, na forma da lei.

**10.7** – Em caso de inscrição pelo **BENEFICIÁRIO**, de filho(s) natural(is) ou de filho(s) adotivo(s), menores de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO**, desde que sua inclusão seja expressamente solicitada pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, respectivamente, a contar do nascimento ou da adoção. A extinção da adoção confere à **CONTRATADA** o direito de exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano contratado.

**10.8** – Com relação aos **BENEFICIÁRIOS** vigoram ainda as seguintes disposições:

- a) Os dependentes, para serem incluídos no contrato, dependerão da participação do **BENEFICIÁRIO titular** no plano de assistência odontológica.
- b) Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e **BENEFICIÁRIO**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios da legitimidade da pessoa jurídica e da condição de elegibilidade do **BENEFICIÁRIO**, tais como, porém não limitados a somente estes: atos constitutivos, inscrições no órgão competente, documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes, certidão da sentença de adoção, entre outros.

**10.9** – A **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares, dependentes diretos ou agregados, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

**10.9.1** – A **CONTRATADA** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A **CONTRATADA** poderá, a seu critério, cobrar pelo fornecimento dessa documentação.

**10.9.2** – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da declaração escrita da **CONTRATANTE**, aprovada pela **CONTRATADA**.

**10.9.3** – A **CONTRATANTE** se obriga a informar à **CONTRATADA** e a promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da ocorrência de alteração na qualificação/condição dos dependentes, tais como: nascimento ou casamento de filho do titular.



**10.9.4** – A **CONTRATANTE** será responsável pelo pagamento das contraprestações mensais dos beneficiários classificados como estagiários, bem como pela utilização correta do sistema da **CONTRATADA**.

**10.9.5** – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, às normas administrativas da **CONTRATADA**.

**10.9.6** – As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de perda das condições de elegibilidade dos **BENEFICIÁRIOS**. Os ônus decorrentes de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato serão de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança à mesma dos custos incorridos.

**10.10** – O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano definido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído, devendo ser observados os prazos estipulados na cláusula das Carências.

**10.11** – No caso de extinção automática do contrato ou na hipótese de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia para sua extinção, não será permitida qualquer movimentação cadastral até o efetivo cancelamento do mesmo.

11

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

### CONCEITOS

**11.1** – Para fins deste contrato, considera-se:

**11.1.1** – **Consulta inicial**, aquela destinada a exames e diagnóstico para elaboração do plano de tratamento.

**11.1.2** – **Consulta de urgência**, aquela caracterizada por sofrimento intenso, que justifique um atendimento imediato, tais como: curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de trabalho protético; tratamento de alveolite; incisão e drenagem de abscesso extra e intraoral; reimplante de dente avulsionado.

**11.1.3 – Consulta para condicionamento**, o tempo despendido para adaptação do cliente de até 7 (sete) anos de idade ao ambiente clínico do consultório e conseqüentemente aceite a execução dos procedimentos que forem necessários, de acordo com a cobertura do plano contratado.

**11.1.4 – Prazo mínimo de validade**, o tempo aceitável para que um mesmo procedimento seja realizado novamente, tendo em vista as normas técnicas e os padrões odontológicos aceitos. Esses prazos poderão ser alterados mediante indicação técnica pertinente e estão indicados entre parênteses ao lado dos respectivos procedimentos, no Manual de Utilização, que é parte integrante deste contrato.

12

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

#### COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**12.1** – A cobertura se dará nos limites do plano definido, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas **pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento**; sendo certo, ainda, essa cobertura, desde que realizada nos limites do contrato.

**12.2** – Este contrato prevê cobertura de custos odontológicos para os seguintes procedimentos:

**12.2.1** – Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, que pode ser consultado através dos sites [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br).

**12.2.2** – Os procedimentos adicionais referentes ao Plano descrito na Proposta Contratual e referenciados a seguir.

1. Avaliação da condição de saúde
2. Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
3. Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
4. Ajuste oclusal por acréscimo
5. Aplicação de selante - técnica invasiva
6. Aplicação tópica de verniz fluoretado

## CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A

7. Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
8. Controle de cárie incipiente
9. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria
10. Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
11. Clareamento de dente desvitalizado
12. Dessensibilização dentária
13. Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
14. Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
15. Fechamento de diastema por acréscimo de resina (código TUSS de restauração resina 3 faces)
16. Mumificação pulpar
17. Pulpotomia em dente decíduo
18. Restauração temporária/tratamento expectante
19. Restauração atraumática em dente permanente
20. Tratamento de fluorose - microabrasão
21. Teste de capacidade tampão da saliva
22. Teste de contagem microbiológica
23. Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
24. Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
25. Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidíase

## CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A

26. Diagnóstico e tratamento de halitose
27. Diagnóstico e tratamento de xerostomia
28. Radiografia anteroposterior
29. Radiografia posteroanterior
30. Radiografia da ATM
31. Radiografia da ATM 3 posições transcraniana
32. Radiografia da ATM 3 posições transfacial
33. Radiografia da ATM 6 posições trascraniana/transfacial
34. Radiografia panorâmica para ATM
35. Radiografia panorâmica com traçado
36. Radiografia da mão e punho - carpal
37. Radiografia lateral corpo da mandíbula
38. Documentação periodontal básica (periapicais, panorâmica, interproximal bitewing)
39. Documentação periodontal em mídia digital
40. Telerradiografia frontal
41. Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
42. Cirurgia para exostose maxilar
43. Cirurgia com finalidade de tracionamento dentário
44. Controle pós-operatório em odontologia
45. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética (incluso na cirurgia)
46. Remoção de dreno extraoral

47. Remoção de dreno intraoral
48. Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial
49. Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial
50. Rizectomia com obturação retrógrada
51. Sinusostomia
52. Tunelização
53. Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM
54. Coroa provisória prensada
55. Coroa de acetato em dente decíduo
56. Coroa de acetato em dente permanente
57. Coroa 3/4
58. Coroa 4/5
59. Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)
60. Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)
61. Nucleo de fibra de vidro ou fibra de carbono
62. Preparo para núcleo intrarradicular
63. Pino pré-fabricado
64. Reembasamento de coroa provisória
65. Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)
66. Avaliação periodontal e controle

## CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A

67. Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
68. Enxerto pediculado
69. Enxerto gengival livre
70. Enxerto conjuntivo subepitelial
71. Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA
72. Tratamento de periodontite necrosante aguda - PUNA
73. Arco lingual
74. Barra transpalatina fixa
75. Botão de Nance
76. Conserto de aparelho fixo
77. Conserto de aparelho móvel
78. Contenção fixa - por arcada
79. Expansor fixo
80. Expansor móvel
81. Grade palatina fixa
82. Grade palatina removível
83. Jig ou Front plato - órtese reposicionadora
84. Placa de contenção
85. Placa de Hawley
86. Placa de Hawley - com torno expansor
87. Placa lábio-ativa
88. Placa oclusal resiliente

89. Quadri-hélice

90. Remoção de aparelho fixo em tratamentos realizados na rede credenciada

91. Manutenção preventiva periódica

92. Mantenedor de espaço fixo

93. Mantenedor de espaço removível

13

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

#### EXCLUSÕES CONTRATUAIS

**13.1** – O presente contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso, EM QUALQUER HIPÓTESE, para os eventos que se seguem:

**13.1.1** – Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e materiais odontológicos, quando, por imperativo clínico, for necessária a realização de procedimentos em estrutura hospitalar, listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

**13.1.1.1** – Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

**13.1.1.2** – O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, como objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.

**13.1.1.3** – Estão excluídos desta cobertura, os honorários da equipe médica e estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

**13.1.2** – Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião da assinatura do mesmo, exceto se incorporado ao Rol pelo órgão regulador.

**13.1.3** – Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo **BENEFICIÁRIO**, entre outros: ingestão de bebida alcoólica e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos; atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou consequências.

**13.1.4** – Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.

**13.1.5** – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto consulta de urgência conforme descrito na cláusula Reembolso de Despesas.

**13.1.6** – Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde vigente à época do evento.

**13.1.7** – Procedimentos de cirurgia buco-maxilo-facial constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde na Segmentação Assistência Médica, vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.

**13.1.8** – Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.

**13.1.9** – Igualmente não haverá qualquer cobertura para as despesas ou custos decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** à consulta por ele marcada.

#### MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**14.1** – O **BENEFICIÁRIO** será atendido por dentistas credenciados pela **CONTRATADA**, relacionados no Orientador Odontológico, em conformidade com o plano contratado, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO** e de acordo com o dentista.



**14.2** – A qualquer momento o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, manutenção do padrão de qualidade, aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo esta(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.

**14.3** – O ônus decorrente da ausência do **BENEFICIÁRIO** a qualquer consulta será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista o direito de cobrança pela ausência diretamente ao **BENEFICIÁRIO**.

**14.4** – A **CONTRATADA** possui normas para a solicitação e autorização prévia de procedimentos odontológicos, conforme Manual de Utilização, disponibilizado pela Amil, objetivando o adequado cumprimento do contrato.

15

### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

#### DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS

**15.1** – O direito de credenciamento e descredenciamento de dentistas, serviços de radiologia, laboratórios de análises clínicas, e clínicas de urgência é de competência exclusiva da **CONTRATADA**, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do sistema para os seus **BENEFICIÁRIOS**.

**15.2** – A rede credenciada será disponibilizada e atualizada no site Amil.

16

### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

#### REEMBOLSO DE DESPESAS

**16.1** – A **CONTRATADA** reembolsará as despesas com o atendimento dos procedimentos odontológicos vinculados à cobertura contratada por cada **BENEFICIÁRIO**, desde que ocorrido no território nacional e somente em cidades onde não haja rede credenciada, após a avaliação e comprovação, conforme a Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental PME parte integrante deste instrumento jurídico.

**16.1.1** – Será utilizada como base de cálculo, a quantidade estabelecida na Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental PME multiplicado pelo correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO), valor esse definido na Proposta Contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual.

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A****16.1.2 – Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental PME:**

<b>CÓD. TUSS</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>U.S.O.</b>
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	2,70
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	2,70
82000034	Alveoloplastia	3,10
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	22,32
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	18,60
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	33,80
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	25,40
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	16,74
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	13,58
84000031	Aplicação de cariostático	1,00
84000058	Aplicação de selante – técnica invasiva	2,09
84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	2,09
84000090	Aplicação tópica de flúor	2,68
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	2,09
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	8,93
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	1,72
82000212	Aumento de coroa clínica	6,30
86000152	Barra transpalatina fixa (instalação na rede credenciada)	5,00
82000239	Biópsia de boca	4,91
82000247	Biópsia de glândula salivar	4,91
82000255	Biópsia de lábio	4,91
82000263	Biópsia de língua	4,91
82000271	Biópsia de mandíbula	4,91
82000280	Biópsia de maxila	4,91
86000195	Botão de Nance (instalação na rede credenciada)	5,00
82000298	Bridectomia	12,27
82000301	Bridotomia	12,27
85100013	Capeamento pulpar direto	1,30
82001502	Cirurgia com finalidade de tracionamento dentário	18,00

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A**

<b>CÓD. TUSS</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>U.S.O.</b>
00081387	Cirurgia Bucal Pré-Protética para Prótese Imediata	8,93
00081399	Cirurgia Bucal Pré-Protética para Prótese Parcial Removível	8,93
00081408	Cirurgia Bucal Pré-Protética para Prótese Total	8,93
82001367	Cirurgia de odontoma	13,76
82000344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	15,00
82000352	Cirurgia para exostose maxilar/ mandibular	8,93
82000395	Cirurgia periodontal a retalho	10,50
82000417	Clareamento de dente desvitalizado	12,56
85100048	Colagem de fragmentos dentários	2,14
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sitios específicos da região buco-maxilo-facial	4,00
81000014	Condicionamento em Odontologia	1,00
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	1,00
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	4,56
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	4,56
81000049	Consulta odontológica de Urgência	2,09
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	3,45
81000065	Consulta odontológica inicial	2,42
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	6,00
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	2,14
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	2,14
00021035	Coroa 3/4	19,38
00021035	Coroa 4/5	19,38
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	10,48
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	10,48
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	10,48
87000059	Coroa de aço em dente permanente	10,48
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	10,48
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	10,48

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A**

<b>CÓD. TUSS</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>U.S.O.</b>
85400076	Coroa provisória com pino	12,00
85400092	Coroa provisória prensada	12,00
85400084	Coroa provisória sem pino	12,00
85400114	Coroa total em cerômero	31,00
85400149	Coroa total metálica	28,50
82000360	Correção de tuberosidade, por hemiarco	13,40
82000557	Cunha proximal	7,81
85300012	Dessensibilização dentária	0,91
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	4,14
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	4,14
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	4,14
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	4,14
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	2,00
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	2,00
81000210	Diagnóstico e tratamento de halitose	2,00
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	2,00
00081503	Documentação periodontal Básica (periapicais, panorâmica, interproximal bitewing)	6,55
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial	11,08
82000662	Enxerto gengival livre	11,08
82000689	Enxerto pediculado	7,81
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	1,00
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	1,00
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	4,71
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	14,88
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	8,00
82000808	Exérese ou excisão de rânula	14,88
82000816	Exodontia a retalho	4,80
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	4,32

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A**

<b>CÓD. TUSS</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>U.S.O.</b>
83000089	Exodontia simples de decíduo	2,50
82000875	Exodontia simples de permanente	4,32
00042393	Expansor fixo (instalação na rede credenciada)	12,07
00042393	Expansor movel (instalação na rede credenciada)	12,07
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	6,83
00081457	Fechamento de Diastema por acréscimo de resina	5,18
82000883	Frenulectomia labial	8,93
82000891	Frenulectomia lingual	8,93
82000905	Frenulotomia Labial	8,93
82000913	Frenulotomia Lingual	8,93
82000921	Gengivectomia	1,70
82000948	Gengivoplastia	9,09
00001073	Hemi Secção	6,00
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	5,40
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	5,40
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	9,67
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	2,14
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	15,00
83000097	Mantenedor de espaço fixo	15,80
83000100	Mantenedor de espaço removível	13,28
00017011	Mumificacao pulpar	6,70
00081410	Núcleo bipartido	14,00
00041227	Nucleo de fibra de vidro ou fibra de carbono	7,76
85400211	Núcleo de preenchimento	2,00
85400211	Nucleo de preenchimento com amálgama	2,00
85400211	Nucleo de preenchimento com ionômero	2,00
85400220	Núcleo metálico fundido	14,00
82001073	Odonto-secção	6,00
85400262	Pino pré fabricado	2,90
85400270	Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada)	14,04

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A**

<b>CÓD. TUSS</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>U.S.O.</b>
00014361	Prevenção módulo 1 (profilaxia e aplicação de flúor)	6,13
00014373	Prevenção módulo 2 (profilaxia, aplicação de flúor e raspagem supra-gengival)	2,77
00014385	Prevenção módulo 3 (profilaxia, aplicação de flúor e raspagem sub-gengival)	4,87
85400459	Provisório para Restauração metálica fundida	10,00
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	6,70
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	4,00
81000324	Radiografia antero-posterior	3,54
81000340	Radiografia da ATM	7,89
00081470	Radiografia da ATM 3 posições transcraneana	7,89
00081482	Radiografia da ATM 3 posições transfacial	7,89
00081469	Radiografia da ATM 6 posições trascraniana/transfacial	7,89
81000367	Radiografia da mão e punho – carpal	3,66
81000375	Radiografia interproximal – bite-wing	0,65
00032084	Radiografia lateral corpo da mandíbula	3,54
81000383	Radiografia oclusal	1,80
81000413	Radiografia Panorâmica com traçado	4,00
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	5,86
00081539	Radiografia Panorâmica para ATM	4,00
81000421	Radiografia periapical	0,65
81000430	Radiografia pósterio-anterior	3,54
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	4,20
85300047	Raspagem supra-gengival	3,02
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	3,45
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	6,94
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	3,85
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	3,00
85400475	Reembasamento de coroa provisória	3,45
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório)	9,32
82001251	Reimplante dentário	3,45

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A**

<b>CÓD. TUSS</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>U.S.O.</b>
82001251	Reimplante dentário com contenção	3,45
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	4,42
82001308	Remoção de dreno extra-oral	2,14
82001316	Remoção de dreno intra-oral	2,14
82001286	Remoção de inclusos / impactados	13,58
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	4,42
82001367	Remoção de odontoma	13,76
82001294	Remoção de semi-inclusos / impactados	10,00
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	1,72
00015252	Restauracao a pino intradentinario	5,18
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	2,90
85100099	Restauração de amálgama – 1 face	2,50
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces	3,25
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces	3,90
85100129	Restauração de amálgama – 4 faces	4,50
85100137	Restauração em ionômero de vidro – 1 face	2,90
85100145	Restauração em ionômero de vidro – 2 faces	2,90
85100153	Restauração em ionômero de vidro – 3 faces	2,90
85100161	Restauração em ionômero de vidro – 4 faces	2,90
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	3,53
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	3,99
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	5,18
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	5,18
85400556	Restauração metálica fundida	28,50
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	2,90
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial	13,56
82001413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial	4,91
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	18,33
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	27,69
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	13,95
82001073	Rizectomia	7,00
82001073	Rizectomia com obturacao retrograda	8,62

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA 112-1 A**

<b>CÓD. TUSS</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>U.S.O.</b>
82001464	Sepultamento radicular	4,00
30502276	Sinusostomia	9,43
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	2,14
81000472	Telerradiografia Frontal	5,77
84000228	Teste de capacidade tampão da saliva	0,50
84000236	Teste de contagem microbiológica	0,50
84000244	Teste de fluxo salivar	0,50
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	10,61
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	4,91
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	13,60
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	8,00
82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	13,58
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	3,00
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	3,45
82001650	Tratamento de alveolite	2,14
85100234	Tratamento de fluorose – microabrasão	4,31
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA	3,45
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	8,93
00081433	Tratamento de pericementite	2,14
85300080	Tratamento de pericoronarite	2,14
00081494	Tratamento de periodontite necrosante aguda – PUNA	4,20
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	2,77
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	16,18
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	7,80
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	24,36
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	9,86
82001685	Tunelização	4,62
82001707	Ulectomia	3,72
82001715	Ulotomia	3,72



**16.1.3** – Os valores poderão variar de acordo com a negociação individual distribuídos no território nacional que contempla a cobertura contratada.

**16.2** – Os reembolsos serão efetuados de acordo com as normas administrativas da **CONTRATADA**, mediante a apresentação de documentos (recibos) e laudos odontológicos, indispensáveis em seus originais, conforme definido a seguir, visando sempre cálculos corretos para o cumprimento deste contrato, e em conformidade com o plano contratado:

- recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta;
- nome do **BENEFICIÁRIO** atendido;
- nome do titular ou responsável pelo contrato;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- assinatura do responsável pela realização do atendimento (dentista);
- CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clínica;
- data da realização do evento;
- radiografia inicial.

**16.3** – Dados necessários do cliente: CPF do titular do plano, conta bancária, nome e número do banco, nome e número da agência bancária.

**16.4** – Os documentos (recibos e laudos) deverão ser entregues ou enviados à **CONTRATADA**, no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data em que ocorrer o evento odontológico.

**16.5** – O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em um prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da data de entrega da documentação completa na central de reembolso da **CONTRATADA**.

**16.6** – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar do **BENEFICIÁRIO** a documentação, informações complementares ou auditoria sobre o procedimento a ser reembolsado, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de até 15 (quinze) dias úteis a partir do cumprimento das solicitações.

**16.7** – Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como titular do plano, sendo indispensável a apresentação do seu CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

17

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

#### DAS CARÊNCIAS

**17.1** – Carência é o período ininterrupto durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato, exceto urgências.

**17.1.2** – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, e enquanto mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**17.1.3** – Ressalvadas as hipóteses acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contado do ingresso do **BENEFICIÁRIO** no contrato, os seguintes os prazos de carência:

- a) 24 (vinte e quatro) horas: para procedimentos de urgência.
- b) 60 (sessenta) dias para consultas, procedimentos para diagnóstico das doenças bucais, radiologia, periodontia, dentística restauradora, odontopediatria, cirurgia, endodontia e ortodontia.
- c) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de prótese (conforme RN 211).

### OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

#### 18.1 – São obrigações da **CONTRATANTE**:

- a) Pagar a primeira mensalidade para a implantação do contrato.
- b) Pagar de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA**, relativamente ao local, forma e data de pagamento, a prestação mensal calculada de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano contratado e conforme especificado no termo aditivo, anexado ao presente contrato.
- c) Promover a devolução ao término do contrato ou exclusão de **BENEFICIÁRIO**, dos documentos da **CONTRATADA** em poder dos **BENEFICIÁRIOS** que permitem o uso do sistema, em especial, a carteira de identificação, responsabilizando-se pelas utilizações indevidas.

**18.2** – Todos os **BENEFICIÁRIOS** inscritos no contrato deverão permanecer por um período mínimo de 12 (doze) meses, sendo que não serão permitidas exclusões antes de 6 (seis) meses da data da realização do último procedimento, exceto em caso de demissão comprovada.

**18.3** – A **CONTRATANTE** é responsável, juntamente com a **CONTRATADA**, pelo fiel cumprimento deste contrato, no seu todo ou parte, e no que diz respeito a seus direitos e deveres, devendo comunicar à **CONTRATADA** toda e qualquer irregularidade observada.

### DO LOCAL, DATA E FORMA DE PAGAMENTO

**19.1** – Todos os pagamentos serão feitos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, de acordo com as condições definidas na Proposta Contratual, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais.

**19.2** – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA**, se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou agência autorizada pela **CONTRATADA**.

**19.3** – As mensalidades serão corrigidas nos termos, valores e periodicidade autorizada pela legislação vigente na época do reajuste, ou na data determinada pelo órgão governamental competente.

**19.3.1** – Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços, este será calculado de acordo com a variação dos custos odontológicos no período avaliado.

**19.4** – O valor por **BENEFICIÁRIO** cadastrado ou excluído fora do prazo será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

**19.5** – Os impostos e demais encargos que incidam ou venham a incidir sobre a mensalidade ou contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**, desde que a lei assim estabeleça.

**19.6** – A **CONTRATANTE** em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades fica sujeita a aplicação de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo na sua atualização monetária. Após 10 (dez) dias de atraso, poderá importar, ainda, na suspensão da cobertura. Realizado o pagamento, fica certo que não haverá cobertura dos custos ou reembolso das despesas com os procedimentos ou eventos iniciados ou ocorridos durante o período de atraso.

20

### CLÁUSULA VIGÉSIMA

#### VIGÊNCIA DO CONTRATO

**20.1** – O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do presente e será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

21

### CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

#### RESCISÃO/SUSPENSÃO

**21.1** – **Suspensão do contrato.** A **CONTRATANTE**, em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias, fica com o direito à cobertura e ao reembolso suspensos para todos os benefícios contratuais.

**21.2** – Para fins de extinção do contrato, fica certo entre as partes que:

**21.2.1** – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer das partes, imotivadamente, após a vigência do período mínimo de 12 meses desde que haja prévia notificação de 60 dias à outra parte.

**21.2.2** – Caso a **CONTRATANTE** rescinda o contrato antes do prazo previsto, pagará multa de 50% (cinquenta por cento) do total das contraprestações vincendas para completar o período estipulado calculado sobre a média de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano nos 12 (doze) meses antecedentes à rescisão, ficando ajustado que no período de aviso prévio fica vedada a inclusão/exclusão de **BENEFICIÁRIOS**.

**21.3** – O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela **CONTRATADA**, 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, ou no caso de fraude.

**21.4** – O contrato estará automaticamente extinto, se o número de **BENEFICIÁRIOS** no contrato se tornar inferior a 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS**, ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultado aos **BENEFICIÁRIOS**, a transferência para um produto individual, nas bases e condições vigentes do produto individual, inclusive com relação a preço.

**21.5** – Poderá a **CONTRATANTE** extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

**21.6** – Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade da **CONTRATADA** buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

## REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

### Demitido

**22.1** – Desde que haja opção da **CONTRATANTE** e havendo comprovação que o **BENEFICIÁRIO titular** contribuiu para o plano contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** e de seus dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências do art. 30 da Lei nº 9.656/98, e a Resolução Consu nº 20 e suas alterações.

**22.1.1** – A **CONTRATANTE** poderá, a seu critério, manter os demitidos que optarem por exercer esse direito previsto no art. 30 da Lei nº 9.656/98, vinculados ao presente contrato, assumindo a responsabilidade de cobrar destes a contraprestação pecuniária correspondente ao plano escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** demitido.

**22.2** – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**22.3** – A condição de **BENEFICIÁRIO** assegurada deixará de existir, quando da admissão do **BENEFICIÁRIO titular** em outro emprego.

**22.4** – O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

**22.5** – Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a coparticipação do **BENEFICIÁRIO**, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência odontológica.

### Do aposentado

**22.6** – Desde que haja opção pela **CONTRATANTE** e havendo comprovação que o **BENEFICIÁRIO titular** contribuiu para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência de seu vínculo empregatício, ao se aposentar, terá o direito de permanência na qualidade de **BENEFICIÁRIO** e dos seus dependentes inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, conforme art. 31 da Lei nº 9.656/98 e Resolução Consu nº 21 e suas alterações.

**22.6.1** – A **CONTRATANTE** poderá, a seu critério, manter os aposentados que optarem por exercer esse direito previsto no art. 31 da Lei nº 9.656/98, vinculados ao presente contrato, assumindo a responsabilidade de cobrar destes a contraprestação pecuniária correspondente ao plano escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** aposentado.

**22.7** – Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como **BENEFICIÁRIO**, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

**22.8** – Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência odontológica, nos termos do disposto neste contrato.

**22.9** – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**22.10** – Havendo a rescisão do presente instrumento por qualquer das partes, acarretará a rescisão de todos os contratos existentes entre as partes, inclusive no que se refere aos contratos de **BENEFICIÁRIOS** inativos, cabendo à **CONTRATANTE** a responsabilidade de propiciar que estes **BENEFICIÁRIOS** acompanhem o grupo de **BENEFICIÁRIOS** ativos, em qualquer outra negociação, conforme disposto no parágrafo 2º do art. 2º das Resoluções Consu nº 20 e 21.

**22.11** – Na hipótese de cancelamento do benefício, os **BENEFICIÁRIOS**, deverão optar, em até 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano individual da **CONTRATADA**, nos termos da Resolução Consu nº 19, desde que:

- a) A **CONTRATADA** comercialize e disponha de um plano individual.
- b) O **BENEFICIÁRIO titular** se responsabilize integralmente pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes.
- c) O valor da contraprestação pecuniária corresponda ao valor da tabela vigente, na data de adesão ao plano individual.

**22.11.1** – O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção disposto na cláusula 22.11.

### CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**23.1** – A suspensão ou exclusão do **BENEFICIÁRIO** somente poderá ser realizada mediante solicitação expressa da **CONTRATANTE** no período da movimentação cadastral, devendo proceder à devolução do(s) cartão(ões) de Identificação do(s) **BENEFICIÁRIO(S)**, para evitar o uso indevido dos serviços, cujas despesas, então, correrão por conta da **CONTRATANTE**, que desde já autoriza sua cobrança.

**23.1.1** – Nos casos de demissão, a **CONTRATANTE** deverá enviar documento comprobatório.

**23.1.2** – Exceto por demissão, a **CONTRATANTE** somente poderá solicitar exclusão do(s) **BENEFICIÁRIO(S) titular(es) com seu(s) respectivo(s) BENEFICIÁRIO(S) dependente(s)**, após o decurso do período de 12 (doze) meses da data de sua adesão ao plano.

**23.1.3** – Neste sentido, em havendo descumprimento, a **CONTRATANTE** desde já garante o pagamento da Taxa Mensal de Manutenção relativa a cada **BENEFICIÁRIO** mencionado no item acima, pelo período que faltar para completar 12 (doze) meses da data de sua adesão ao plano, salvo na hipótese de rescisão do contrato.

**23.2** – A falta de comunicação pela **CONTRATANTE** do cancelamento dos planos aqui referidos, no prazo previsto, implicará na cobrança pela Amil das Taxas Mensais de Manutenção do período.



**23.3** – A cobertura do(s) **BENEFICIÁRIO(S) dependente(s)** cessará automaticamente quando perder(em) a condição de dependência do **BENEFICIÁRIO titular**, bem assim em caso de morte do mesmo respeitado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

**23.4** – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência odontológica do **BENEFICIÁRIO titular e/ou seus dependentes**, independentemente da vigência contratual, e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, quaisquer omissões, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações ou documentação decorrentes da utilização indevida do contrato, mediante procedimento administrativo específico.
- b) Fornecimento pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE**, de informações incompletas e/ou inverídicas, quando aplicável, do **BENEFICIÁRIO titular** e seus **dependentes**, conforme modalidade contratual, mediante procedimento administrativo específico.
- c) Prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE** com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.
- d) Perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO titular** com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.
- e) Perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO dependente**.

**23.5** – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

**23.6** – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o **BENEFICIÁRIO titular** e seus **dependentes** perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

**23.7** – A **CONTRATANTE** deverá comunicar aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano da **CONTRATADA** sobre a extinção do contrato, informando-os, ainda, **caso não haja continuidade do benefício com outra operadora de planos odontológicos**, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO** e que a **CONTRATANTE** esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais.

### FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

**24.1** – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, com fundamento nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento da contraprestação pecuniária efetuado pela **CONTRATANTE** antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

#### Pagamento da contraprestação pecuniária

**24.2** – O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da **CONTRATANTE**, e esta se obriga a pagar à **CONTRATADA**, e será devida por si, pertinente a toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral, sendo certo que o valor estipulado, nesta data, corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicados na Proposta Contratual.

**24.2.1** – Os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo Edital e à Lei nº 8.666/93.

**24.2.2** – Caso a **CONTRATANTE** não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**. A qualquer momento, a segunda via poderá ser impressa através do site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br).

**24.2.3** – O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

**24.2.4** – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta Contratual, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

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

**24.2.6** – O preço por **BENEFICIÁRIO** cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na Proposta Contratual será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

**24.2.7** – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

**24.2.8** – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA**, relativamente ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano contratado e conforme o previsto na Proposta Contratual.

**24.2.9** – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

**24.2.10** – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA**, se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**.

## REAJUSTE

### 25.1 – Reajuste anual

**25.1.1** – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões terão reajuste financeiro, anualmente, de acordo com a variação do **IPCA** (índice de preços ao consumidor ampliado) apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando-se por base a variação ocorrida no mês anterior à contratação e o mês anterior ao aniversário do contrato, de forma que as partes tenham o conhecimento da variação ocorrida, aprovada e divulgada pela mídia em geral **sendo vedada a aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano**.

**25.1.2** – Independentemente do reajuste financeiro, poderá incidir, cumulativamente, o reajuste técnico, quando, mediante demonstrativo, a **CONTRATADA** comprove que, nos 12 (doze) meses anteriores, houve desequilíbrio igual ou superior a 60% (sessenta por cento) na relação custo x receita, incidindo, desta maneira, o percentual necessário para que se obtenha o equilíbrio econômico-financeiro, frise-se, de 60%.

### DISPOSIÇÕES GERAIS

**26.1** – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como a proposta contratual, o Orientador Odontológico Amil Dental com a rede credenciada da **CONTRATADA** definida pelo tipo de plano contratado, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), os recibos de pagamento e o Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponibilizados pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, desde o início das tratativas que resultaram na celebração do presente, independentemente de sua disponibilização no site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br), com suas atualizações.

**26.1.1** – O Rol de Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e está disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br).

**26.2** – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE**, entregar ao **BENEFICIÁRIO titular**, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado pela operadora contratada e entregue em material impresso ou através de mídia digital.

**26.3** – Será de responsabilidade da **AMIL** o envio ao **BENEFICIÁRIO titular** do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

**26.4** – A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

**26.5** – A tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

**26.6** – Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

**26.7** – Conforme o disposto pela RDC nº 64, de 10 de abril de 2001, e RN nº 21, de 12 de dezembro de 2002, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de informações relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, permanecem sob responsabilidade da **CONTRATADA**, através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado pela **CONTRATADA** junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse Coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

**26.8** – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente contrato serão dirimidas por uma Junta Odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados e de comum acordo entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**. Além disso:

- a) Se não houver acordo quanto à escolha do dentista desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades da classe sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**.
- b) Cada uma das partes pagará os honorários do dentista que designar, os do terceiro serão pagos pela **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, em partes iguais.

**26.9** – O direito à cobertura de custos e/ou de reembolso de procedimentos que sejam incluídos pela **CONTRATADA** em sua tabela, após a assinatura deste contrato, somente serão incorporados, em novo termo aditivo, após a adequação dos valores pagos à nova realidade dos riscos deste contrato.

**26.10** – Os casos omissos deverão ser resolvidos entre as partes, sendo objeto de novo termo aditivo ao presente contrato.

**26.11** – Integram-se ao presente contrato todos os seus aditivos e anexos (Proposta Contratual, Orientador Odontológico e Declaração), bem como os comprovantes de pagamento.

**FORO**

**27.1** – Fica eleito o Foro de domicílio da **CONTRATANTE**, para dirimir as questões oriundas do presente contrato.



