

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	Qualificação da Contratada e da Contratante	1
2	Objeto do Contrato	1
3	Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	1
4	Tipo de Contratação	2
5	Segmentação Assistencial do Plano	2
6	Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde	2
7	Área de Atuação do Plano de Saúde	3
8	Atributos do Contrato	3
9	Condições de Admissão	4
10	Coberturas e Procedimentos Garantidos	5
11	Exclusões de Cobertura	12
12	Mecanismos de Regulação	14
13	Duração do Contrato	15
14	Carências	16
15	Formação de Preço e Mensalidade	16
16	Reajuste	18
17	Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário	18
18	Rescisão	19
19	Disposições Gerais	21
20	Do Foro	23

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

1 | Cláusula Primeira

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE

1.1 – AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., classificada como Medicina de Grupo, 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**.

1.2 – CONTRATANTE é a pessoa física identificada e qualificada nos dados constantes na confirmação de cadastro, que é parte integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

1.2.1 – O CONTRATANTE é identificado também neste contrato como **BENEFICIÁRIO titular**. Na confirmação de cadastro, o **BENEFICIÁRIO titular** indicará, expressamente, os **BENEFICIÁRIOS dependentes**.

2 | Cláusula Segunda

OBJETO DO CONTRATO

2.1 – O presente Contrato tem por objeto a cobertura, pela **CONTRATADA**, das despesas com procedimentos de assistência odontológica prestada por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato exclusivamente na rede credenciada, nas condições de cobertura estabelecidas neste instrumento, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época da contratação e suas atualizações.

3 | Cláusula Terceira

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1 – O nome comercial e número de registro do plano na ANS seguem os dados abaixo:

- (i) **Nome Comercial:** Dental E10 CR;
- (ii) **Segmentação Assistencial:** Odontológica;
- (iii) **Área Geográfica de Abrangência:** Grupo de Municípios (Municípios de Atibaia, Bragança Paulista, Campinas e Itatiba);

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

- (iv) **Coparticipação:** sem coparticipação;
- (v) **Nº de Registro na ANS:** 481350182;
- (vi) **Previsão de livre escolha de prestadores (reembolso):** sem previsão de livre escolha de prestadores.

4 | Cláusula Quarta

TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 – O tipo de contratação deste plano poderá ser Individual ou Familiar, tal como definidos abaixo:

- (i) **Contrato Individual:** é aquele que tem como único **BENEFICIÁRIO** o titular.
- (ii) **Contrato Familiar:** é aquele que tem no mínimo 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS**, sendo ao menos um titular e um dependente, do mesmo grupo familiar, de acordo com o grau de parentesco descrito na cláusula Condições de Admissão.

4.1.1 – Caso qualquer das condições obrigatórias para a qualificação do Contrato como familiar deixe de estar presente, a qualquer tempo, o plano passará a ser considerado individual, inclusive com relação à precificação.

5 | Cláusula Quinta

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO

5.1 – A segmentação assistencial do plano é exclusivamente odontológica.

6 | Cláusula Sexta

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1 – As coberturas previstas neste Contrato e em seus eventuais anexos serão prestadas em toda a rede credenciada dentro da Área Geográfica especificada para o Plano, em consonância com a classificação estabelecida na legislação vigente.

6.1.1 – A **CONTRATADA** disponibilizará a rede credenciada do plano com todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), serviços e especialidades aos quais o **BENEFICIÁRIO** poderá ter acesso, no site amil.com.br.

7 | Cláusula Sétima

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1 – A área de atuação do plano odontológico compreende as regiões que integram a Área Geográfica de Abrangência do plano, nas quais a **CONTRATADA** está obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pelo **BENEFICIÁRIO**.

8 | Cláusula Oitava

ATRIBUTOS DO CONTRATO

8.1 – Pelo presente Contrato, a **CONTRATADA**, operadora de planos privados de assistência à saúde, compromete-se, nos termos do §1º, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98 e de acordo com o plano escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS**, de acordo com a rede credenciada e na abrangência geográfica do plano, bem como com os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e pelas condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

8.2 – O presente Contrato de cobertura odontológica tem natureza de contrato aleatório, de adesão e bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, nas formas previstas no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656/98. Desse modo, o **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que a **CONTRATADA** não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar no Rol, neste Contrato ou em seus eventuais anexos.

8.3 – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

9 | Cláusula Nona

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1 – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato o **BENEFICIÁRIO titular** e as pessoas indicadas por ele no documento de confirmação de cadastro na qualidade de **BENEFICIÁRIOS dependentes**, respeitadas as regras de elegibilidade dispostas no item a seguir.

9.1.1 – Podem ser incluídos como **BENEFICIÁRIOS dependentes**, com relação ao titular:

- (i) esposa(o) ou companheira(o) do **BENEFICIÁRIO titular**, estado civil comprovado mediante apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;
- (ii) Os filhos, os enteados, os tutelados que ficam equiparados aos filhos, para fins deste Contrato.
- (iii) Pai, mãe, irmãos, avós, netos(as), tios(as), sobrinho(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrasta e cunhado(a).

9.1.2 – Em caso de inscrição, pelo **BENEFICIÁRIO titular**, de cônjuge ou companheiro(a) em razão de casamento ou união estável contraídos após a vigência do presente Contrato, assim como de filho(s) natural(is) nascido(s) ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos adotados sob vigência deste Contrato, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO titular**, desde que: (i) os prazos de carência previstos neste instrumento já tenham sido cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO titular** e (ii) a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o casamento ou constituição de união estável, o parto, da guarda provisória ou definitiva ou da sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o conseqüente acréscimo da contraprestação pecuniária.

9.1.3 – Em caso de inscrição, pelo **BENEFICIÁRIO titular**, de **BENEFICIÁRIO dependente**, após o prazo de 30 (trinta) dias da celebração de contrato ou do casamento ou constituição e união estável, parto, guarda provisória ou definitiva ou sentença de adoção, a **CONTRATADA** está autorizada a aplicar os prazos de carências previstos neste instrumento. Neste caso, o **BENEFICIÁRIO titular** deverá formalizar a solicitação por meio de um dos canais oficiais de atendimento da **CONTRATADA**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

9.1.4 – A perda de qualquer dos vínculos de dependência dispostos no item anterior confere à **CONTRATADA** o direito de excluir o **BENEFICIÁRIO** do plano.

9.2 – A pessoa menor de 18 anos poderá celebrar contrato na qualidade de **BENEFICIÁRIO titular**, devendo, nesse caso, estar inscrita no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda e ser representada ou assistida na forma da legislação civil.

9.3 – O **BENEFICIÁRIO titular** deverá preencher, por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS**, todos os dados incluídos no documento de confirmação de cadastro, apresentando os documentos indispensáveis à comprovação das informações prestadas, como carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento ou casamento e comprovante de residência.

9.4 – Em caso de falecimento de **BENEFICIÁRIO**, o pedido de exclusão deverá ser formalizado no prazo de 30 (trinta) dias, com o envio da respectiva certidão de óbito, observando-se, para todos os fins, as regras a seguir:

9.4.1 – Se o óbito for do **BENEFICIÁRIO titular** e/ou responsável, o cônjuge **BENEFICIÁRIO** ou o **BENEFICIÁRIO** mais idoso passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o **CONTRATANTE** e, conseqüentemente, o **BENEFICIÁRIO** titular.

9.4.2 – Se o óbito for de **BENEFICIÁRIO dependente**, o envio de certidão de óbito pelo **BENEFICIÁRIO titular** no prazo indicado no item 9.4 servirá para efeitos de baixa cadastral e exclusão de **BENEFICIÁRIO**.

9.4.3 – Em ambos os casos, a apresentação da certidão de óbito é indispensável para que se proceda à alteração contratual e emissão de nova lâmina de pagamento/estorno de valores, em caso de pagamento por cartão de crédito, sob pena de, não o fazendo no prazo, responder o **CONTRATANTE** por todo o período em que o **BENEFICIÁRIO** falecido constar ativo em sistema, independentemente da data do óbito.

10 | Cláusula Décima

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1 – A cobertura das despesas odontológicas na rede credenciada, objeto deste Contrato, dar-se-á nos limites do plano, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros itens, a segmentação, a área de abrangência, as disposições previstas pela no Rol vigente à época do evento, e o disposto nos sub-itens a seguir:

10.1.1 – A cobertura será realizada pela **CONTRATADA**, através de pagamento direto ao prestador de serviço, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

10.1.2 – A rede credenciada é composta pelos prestadores de serviços odontológicos, de radiologia e clínicas constantes da relação de profissionais cadastrados e disponibilizados pela **CONTRATADA**.

10.2 – Este contrato cobre os custos odontológicos para os seguintes procedimentos:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
85100242	Adequação do meio bucal
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo
82000034	Alveoloplastia
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada
82000077	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada
82000085	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada
82000158	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada
82000166	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada
82000174	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada
82000182	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada
84000031	Aplicação de cariostático
84000058	Aplicação de selante – técnica invasiva
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras
84000090	Aplicação tópica de flúor
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
84000139	Atividade educativa em saúde bucal
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
82000212	Aumento de coroa clínica
00014160	Avaliação periodontal e controle
82000239	Biópsia de boca
82000247	Biópsia de glândula salivar
82000255	Biópsia de lábio
82000263	Biópsia de língua
82000271	Biópsia de mandíbula
82000280	Biópsia de maxila

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
82000298	Bridectomia
82000301	Bridotomia
85100013	Capeamento pulpar direto
82000336	Cirurgia odontológica a retalho
82000352	Cirurgia para exostose maxilar
82000360	Cirurgia para torus mandibular bilateral
82000387	Cirurgia para torus mandibular unilateral
82000395	Cirurgia para torus palatino
82000417	Cirurgia periodontal a retalho
00014077	Cirurgia periodontal por elemento
85100048	Colagem de fragmentos dentários
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial
81000014	Condicionamento em odontologia
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
81000030	Consulta odontológica
00011318	Consulta odontológica de urgência 24 horas – simples
81000049	Consulta odontológica de urgência
81000057	Consulta odontológica de urgência 24 horas
00011200	Consulta odontológica de urgência em horário comercial
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo
83000046	Coroa de aço em dente decíduo
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo
85400076	Coroa provisória com pino
85400084	Coroa provisória sem pino
85400114	Coroa total de cerômero (dentes anteriores)
85400149	Coroa total metálica
82000557	Cunha proximal
00014350	Curetagem de bolsa periodontal
85300012	Dessensibilização dentária

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial
82000662	Enxerto gengival livre
82000689	Enxerto pediculado
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
00013162	Evidenciação de placa
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos
82000794	Exérese ou excisão de mucocele
82000808	Exérese ou excisão de rânula
82000816	Exodontia a retalho
82001740	Exodontia de inclusos/impactados/supranumerários
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
82000859	Exodontia de raiz residual
82001294	Exodontia de semi-inclusos/impactados
82001731	Exodontia de semi-inclusos/impactados/supranumerários
83000089	Exodontia simples de decíduo
82000875	Exodontia simples de permanente
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável (dentes anteriores)
82000883	Frenulectomia labial
82000891	Frenulectomia lingual
82000905	Frenulotomia labial
82000913	Frenulotomia lingual
82000921	Gengivectomia
00014397	Gengivectomia por elemento
82000948	Gengivoplastia
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes
82001022	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
82001030	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
81000294	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
00041227	Núcleo de fibra de vidro ou fibra de carbono mais preenchimento
85400211	Núcleo de preenchimento
85400220	Núcleo metálico fundido
82001073	Odontossecção
00014373	Periodontia módulo 2**
00014385	Periodontia módulo 3***
00014361	Prevenção módulo 1*
84000198	Profilaxia: polimento coronário
85200042	Pulpotomia
83000127	Pulpotomia em dente decíduo
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial
81000375	Radiografia interproximal – bite-wing
00012164	Radiografia interproximal – bite-wing em clínica radiológica
81000383	Radiografia oclusal
00012176	Radiografia oclusal em clínica radiológica
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
81000421	Radiografia periapical
00012152	Radiografia periapical em clínica radiológica
85300039	Raspagem subgengival/alisamento radicular
85300047	Raspagem supragengival
82001154	Reconstrução de sulco gengivolabial
82001170	Redução cruenta de fratura alveolodentária
82001189	Redução incruenta de fratura alveolodentária
82001197	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)
82001251	Reimplante dentário com contenção

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
84000201	Remineralização
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal
82001286	Remoção de dentes inclusos/impactados
82001308	Remoção de dreno extraoral
82001316	Remoção de dreno intraoral
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular
82001367	Remoção de odontoma
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
00015194	Reparo em restauração
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo
85100080	Restauração atraumática em dente permanente
85100099	Restauração de amálgama – 1 face
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces
85100129	Restauração de amálgama – 4 faces
00015240	Restauração de ângulo
00015264	Restauração de superfície radicular
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 Face
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
85100153	Restauração de ionômero de vidro – 3 faces
85100161	Restauração de ionômero de vidro – 4 faces
85100196	Restauração de resina fotopolimerizável – 1 face
85100200	Restauração de resina fotopolimerizável – 2 faces
85100218	Restauração de resina fotopolimerizável – 3 faces
85100226	Restauração de resina fotopolimerizável – 4 faces
85400556	Restauração metálica fundida
85200085	Restauração temporária/tratamento expectante
85200093	Retratamento endodôntico birradicular
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular
82001464	Sepultamento radicular
82001499	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial
84000244	Teste de fluxo salivar
84000252	Teste de ph salivar

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buconasais
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região bucomaxilofacial
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo
82001650	Tratamento de alveolite
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica
85300080	Tratamento de pericoronarite
85200140	Tratamento endodôntico birradicular
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular
82001685	Tunelização
82001707	Ulectomia
82001715	Ulotomia

*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

**O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

***O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

11 | Cláusula Décima Primeira

EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1 – Este contrato NÃO PREVÊ COBERTURA para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, e também para os eventos dispostos a seguir:

11.1.1 – 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 listados no Rol vigente à época do evento quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos sem estrutura hospitalar.

11.1.1.1 – Para os fins dispostos neste item, imperativo clínico é caracterizado por atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

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

11.1.1.3 – Em caso de suporte hospitalar para a realização de procedimento odontológico, estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

11.1.2 – Procedimentos que previstos neste Contrato, exceto se incorporado ao Rol em ocasião futura.

11.1.3 – Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo **BENEFICIÁRIO**, que incluem, entre outros: ingestão de bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.

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

11.1.5 – Implantes, próteses sobre implantes e transplantes.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

11.1.6 – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na Cláusula de Reembolso de Despesas.

11.1.7 – Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol.

11.1.8 – Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial, constantes do Rol para a Segmentação Assistência Médica, vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.

11.1.9 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.

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

11.1.11 – Despesas ou custos decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** à consulta por ele marcada.

11.1.12 – Manutenção de todo e qualquer aparelho ortodôntico e/ou ortopédico, seja ele fixo metálico, ortopédico, removível e/ou estético.

11.1.13 – Instalação, conserto e remoção de aparelhos ortodônticos fixo dos tipos: estético, auto ligado, lingual, bem como reposição destes aparelhos e/ou acessórios (bandas, botões, ganchos e etc).

11.1.14 – Instalação, conserto e remoção de aparelhos ortodônticos removíveis do tipo alinhadores.

11.1.15 – Instalação de aparelhos que não estejam especificados na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos.

11.1.16 – Implantes ortodônticos com finalidade de ancoragem dentária e/ou movimentação/tração de dentes.

12 | Cláusula Décima Segunda

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1 – A **CONTRATADA** disponibilizará a cada **BENEFICIÁRIO** incluído no plano um cartão de identificação, que o habilitará ao uso dos serviços odontológicos, sempre acompanhada de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

12.1.1 – O cartão de identificação poderá ser emitido por meio digital.

12.1.2 – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação.

12.1.3 – Para disponibilização da cobertura, a **CONTRATADA** poderá fazer uso de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para *smartphone* disponibilizado por ela, cujo objetivo está voltado à comprovação: (i) da solicitação de procedimento odontológico; (ii) da utilização dos serviços relacionados à cobertura e (iii) da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO** para realização dos atendimentos (consultas, exames, etc).

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS e EXAMES

12.2 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA**, cartão de identificação em meio físico ou digital, documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela **CONTRATADA**. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do **BENEFICIÁRIO** será realizada a validação biométrica (facial, digital, etc).

12.3 – O **BENEFICIÁRIO** será atendido por dentistas credenciados pela **CONTRATADA**, relacionados na rede credenciada do plano, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do dentista.

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

12.5 – Os ônus decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** a qualquer consulta serão de sua exclusiva responsabilidade, facultando-se ao dentista o direito de cobrar pela ausência diretamente ao **BENEFICIÁRIO**.

12.6 – A **CONTRATADA** poderá, a qualquer momento, atualizar sua rede credenciada, conforme legislação vigente, sem ônus para o **CONTRATANTE**. A lista atualizada de prestadores pertencentes à rede credenciada encontra-se disponível no site da **CONTRATADA**.

13 | Cláusula Décima Terceira

DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1 – O presente contrato terá o prazo mínimo de vigência inicial de 12 (doze) meses, contados a partir da data de confirmação do pagamento do boleto bancário referente à contraprestação inicial, conforme disposto nas normas da ANS relacionadas a contratação eletrônica.

13.1.1 – A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá ao final do processo de contratação, quando a **CONTRATANTE** assinará declaração com a ciência e concordância quanto aos termos do Contrato.

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

13.2 – Transcorrida a vigência mínima inicial indicada no item anterior, o Contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou quaisquer outros valores no ato da renovação, tampouco a incidência de qualquer período adicional de carências.

13.3 – No ato da renovação do contrato, o **BENEFICIÁRIO** que tiver que optado pela forma de pagamento por cartão de crédito, deverá revalidar os dados de seu cartão para que as cobranças anual ou mensal ocorram validamente, ocasião em que terá a faculdade de manter a cobrança via cartão de crédito ou alterar a forma de pagamento das futuras mensalidades para a modalidade boleto mensal.

13.3.1 – Na hipótese de o **BENEFICIÁRIO** optar pelo pagamento via boleto mensal, o valor da mensalidade a ser aplicada a seu plano será o valor original do plano, aplicados os respectivos reajustes, na forma disposta na cláusula de Reajuste, sem as vantagens do preço diferenciado para pagamentos em cartão de crédito.

14 | Cláusula Décima Quarta

CARÊNCIAS

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

14.2 – Os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão os seguintes prazos de carência, contados da contratação, em caso de **BENEFICIÁRIOS titulares**, ou de sua inclusão ao plano, em caso de **BENEFICIÁRIOS dependentes**, sempre em conformidade com as condições contratadas:

- (i) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência;
- (ii) 30 (trinta) dias para consulta diagnóstico, odontologia preventiva e radiologia (panorâmica e periapical);
- (iii) 90 (noventa) dias para dentística, cirurgias e extrações (incluindo o dente do siso/incluso);
- (iv) 120 (cento e vinte) dias para periodontia (tratamento de gengiva) e endodontia (tratamento de canal);
- (v) 180 (cento e oitenta) dias para prótese, nos termos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS.

15 | Cláusula Décima Quinta

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

15.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida, ou seja: o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

Pagamento da contraprestação pecuniária

15.2 – A contraprestação pecuniária será devida pelo **BENEFICIÁRIO titular** em seu nome e em nome dos demais **BENEFICIÁRIOS dependentes** inscritos no presente Contrato. O valor da contraprestação, na data da contratação, será aquele indicado no documento de confirmação de cadastro.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

15.3 – A obrigação de pagar as contraprestações pecuniária de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento é independente da utilização dos serviços oferecidos sob este Contrato.

15.4 – Os pagamentos deverão ser feitos mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de vencimento constante do documento de confirmação de cadastro ou do boleto bancário referente à primeira mensalidade ou ainda no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

15.4.1 – Em caso 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 mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da sua atualização monetária, incidindo sobre o débito em atraso.

15.4.2 – O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

15.4.3 – Caso o **BENEFICIÁRIO** que optou pela forma de pagamento por boleto bancário não receba o seu boleto ou instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA** ou retirá-lo diretamente através do site amil.com.br.

15.4.4 – O não recebimento do boleto bancário ou instrumento de cobrança não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

15.6 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

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

16 | Cláusula Décima Sexta

REAJUSTE

Reajuste anual

16.1 – 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.

16.2 – As contraprestações serão atualizadas na periodicidade autorizada pela legislação vigente à época do reajuste ou determinada pelo órgão governamental competente.

17 | Cláusula Décima Sétima

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1 – A exclusão de **BENEFICIÁRIOS** dependentes somente será realizada mediante pedido por escrito do **BENEFICIÁRIO** titular, respeitando o disposto na cláusula de rescisão.

17.2 – O **BENEFICIÁRIO** titular obriga-se a restituir à **CONTRATADA** o cartão de identificação destinado ao uso do sistema pertencente ao(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s), assegurando-se à **CONTRATADA** o direito de cobrar todos os valores correspondentes ao eventual uso indevido desse documento.

17.3 – Em caso de falecimento de **BENEFICIÁRIO** titular, o pedido de exclusão deverá ser formalizado no prazo de 30 (trinta) dias, com o envio da respectiva certidão de óbito, observando-se, para todos os fins, as regras a seguir:

17.3.1 – Se o óbito for do **BENEFICIÁRIO** titular e/ou responsável, o cônjuge **BENEFICIÁRIO** ou o **BENEFICIÁRIO** mais idoso passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o **CONTRATANTE** e, conseqüentemente, o **BENEFICIÁRIO** titular.

17.3.2 – Se o óbito for de **BENEFICIÁRIO dependente**, o envio de certidão de óbito pelo **BENEFICIÁRIO titular** no prazo indicado no item 17.3 servirá para efeitos de baixa cadastral e exclusão de **BENEFICIÁRIO**.

17.3.3 – Em ambos os casos, a apresentação da certidão de óbito é indispensável para que se proceda à alteração contratual e emissão de nova lâmina de pagamento, sob pena de, não o fazendo, responder o **CONTRATANTE** por todo o período em que o **BENEFICIÁRIO** falecido constar ativo em sistema, independentemente da data do óbito.

17.3.4 – O direito à manutenção na qualidade de **BENEFICIÁRIO** não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da contraprestação pecuniária.

17.4 – Além das hipóteses anteriores, os **BENEFICIÁRIOS titulares e/ou dependentes** perderão sua condição nos seguintes casos:

17.4.1 – Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, mediante procedimento administrativo específico.

17.4.2 – Prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE** com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.

17.4.3 – Perda dos vínculos de dependência entre **BENEFICIÁRIO titular e BENEFICIÁRIO dependente**.

17.5 – As exclusões cadastrais implicarão a perda imediata do direito às coberturas contratadas.

18 | Cláusula Décima Oitava

RESCISÃO

18.1 – O presente Contrato poderá ser extinto pelo **CONTRATANTE** ou pela **CONTRATADA**, nos termos expostos nos itens a seguir:

18.2 – O **CONTRATANTE** pode, a qualquer tempo, solicitar a rescisão do Contrato ou a exclusão (cancelamento) de **BENEFICIÁRIO dependente**, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas neste Contrato.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

18.2.1 – O pedido de rescisão do **Contrato** ou de exclusão de **BENEFICIÁRIO dependente** poderá ser apresentado à **CONTRATANTE** pelos seguintes canais:

- (i) presencialmente, na sede da **CONTRATADA**, ou em seus escritórios regionais;
- (ii) por meio de atendimento telefônico (SAC); ou ainda
- (iii) por meio do sítio eletrônico (amil.com.br).

18.2.2 – Caso o **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do Contrato antes de transcorrido o prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses, ficará sujeita ao pagamento à **CONTRATADA** de multa rescisória correspondente a 20% (vinte por cento) sobre o valor das contraprestações vincendas até que se complete o período de vigência inicial (12 meses), sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.

18.2.3 – Na hipótese do item anterior, o valor da multa será obtido aplicando-se a seguinte fórmula:

$[(\text{Valor anual do Contrato} / 12) \times \text{Quantidade de meses remanescentes para completar o período de vigência}] \times 20\%$.

18.2.4 – Caso a forma de pagamento da contraprestação pecuniária escolhida pelo **CONTRATANTE** tenha sido cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do contrato, a **CONTRATADA**: (i) providenciará o cancelamento destas parcelas futuras junto à administradora do cartão e (ii) enviará à administradora do cartão o valor relativo a eventual multa, a qual deverá ser paga em uma única parcela pelo **BENEFICIÁRIO**.

18.2.5 – Caso a forma de pagamento da contraprestação pecuniária escolhida pelo **CONTRATANTE** tenha sido pagamento à vista ou, ainda que parcelado, o valor anual do plano já tenha sido quitado pelo **CONTRATANTE**, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário, a **CONTRATADA** providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente, em conta corrente do **BENEFICIÁRIO**, deduzindo o valor de eventual multa.

18.2.6 – Transcorrido o período de vigência inicial, o **CONTRATANTE** poderá requerer a extinção do Contrato a qualquer tempo, sem que sobre esse pedido incidida qualquer valor a título de multa.

18.3 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, rescindir o contrato unilateralmente, nas hipóteses de fraude, omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias, para si ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

18.3.1 – A hipótese de cancelamento por fraude não afasta a prerrogativa da **CONTRATADA** de buscar indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

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

18.3.3 – Além da notificação inserida no item anterior, a **CONTRATADA** poderá fazer uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

19 | Cláusula Décima Nona

DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 – O credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviço é de faculdade exclusiva da **CONTRATADA**, que poderá fazer uso dela com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento a seus **BENEFICIÁRIOS**. Em caso de descredenciamento, a **CONTRATADA** providenciará uma alternativa para a continuidade do tratamento.

19.2 – **JUNTA ODONTOLÓGICA**: As divergências de natureza odontológica quanto aos atendimentos realizados sob este Contrato, incluindo quanto à terminologia utilizada, serão dirimidas por Junta Odontológica constituída nos termos da legislação em vigor.

19.3 – **DOCUMENTAÇÃO**: Fazem parte do presente Contrato: (i) seus anexos e regulamentos; (ii) o documento de confirmação de cadastro; (iii) a Rede Credenciada da **CONTRATADA**, definida pelo tipo de plano contratado; (iv) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); e o (v) Guia de Leitura Contratual (GLC), documentos previamente entregues pela **CONTRATADA** ao **CONTRATANTE**; além (vi) dos recibos de pagamento e (vii) do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA DENTAL E10 CR

19.3.1 – 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 e acessível por meio do site amil.com.br.

19.3.2 – É responsabilidade da **CONTRATADA**: (i) entregar ao **BENEFICIÁRIO titular**, previamente à contratação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que será disponibilizado através de mídia digital; e (ii) enviar 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.

19.4 – MEDIAÇÃO: O **CONTRATANTE** tem ciência quanto a sua obrigação de entrar em contato prévio com a **CONTRATADA**, por intermédio de um de seus canais de atendimento, antes de apresentar qualquer reclamação perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou de distribuir qualquer ação judicial versando sobre o objeto do presente Contrato, a fim de que se busque uma solução amigável para o pleito.

19.5 – LIBERALIDADE DA CONTRATADA: A autorização, por parte da **CONTRATADA**, para eventos não previstos ou excluídos neste Contrato não confere ao **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

19.6 – TOLERÂNCIA: A tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir do **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.

19.7 – NÃO PRESUNÇÃO: Não se admite a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato ou de comunicação posterior por escrito.

19.8 – SUB-ROGAÇÃO: A **CONTRATADA** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações do **CONTRATANTE** contra aqueles que por ato, fato ou omissão tenham causados as despesas cobertas pela **CONTRATADA** ou por elas tenham concorrido, obrigando o **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

19.9 – ENVIO DE INFORMAÇÕES À ANS: Conforme disposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em resolução normativa própria, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos **BENEFICIÁRIOS** é responsabilidade da **CONTRATADA**, que as enviará por intermédio do Coordenador Médico de Informações em Saúde que houver cadastrado perante a Agência; resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais do Coordenador, a **CONTRATADA** responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, os quais serão preservados de acordo com o garantia de sigilo médico de informações.

19.10 – DECLARAÇÕES: O **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, declarando, ainda, que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas neste Contrato, principalmente no que tange à elegibilidade destes, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente pelo ressarcimento das perdas e danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento desta obrigação.

20 | Cláusula Vigésima

DO FORO

20.1 – As Partes elegem o Foro da capital deste estado para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.