

Plano Odontológico

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL - MICRO E PEQUENAS EMPRESAS - MPE

Conheça as características do seu plano:

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL - MICRO E PEQUENAS EMPRESAS - MPE

Neste contrato consta:

- GLC - Guia de Leitura Contratual
- MPS - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde
- Contrato de Plano Odontológico
- Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol
- Tabela de Procedimentos - Reembolso
- Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial
- Procedimentos Cobertos - Extra Rol
- Formulário de Requisição de Reembolso
- Termo de opção de inclusão

Proposta de Admissão

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Brasildental Operadora de Planos Odontológicos S.A.

Plano Coletivo Empresarial - MPE

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

Registro da Operadora na ANS: 41.941-9

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

1. DADOS DAS PARTES

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATADA BRASILDENTAL OPERADORA DE PLANOS ODONTOLOGICOS S.A.		CNPJ/ME 19.962.272/0001-09	
RAZÃO SOCIAL DA CONTRATANTE		CNPJ/ME	CIDADE
ENDEREÇO DA CONTRATANTE (Logradouro, número, bairro, complemento)		CEP	UF
REPRESENTANTE LEGAL (Nome Completo)		E-MAIL	CPF/ME
REPRESENTANTE LEGAL (Nome Completo)		E-MAIL	CPF/ME

2. DADOS DO CONTRATO

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA	VIGÊNCIA 24 (vinte e quatro) meses	REAJUSTE ANUAL	ÍNDICE REAJUSTE IPCA	RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA Prazo Indeterminado
INÍCIO DA VIGÊNCIA Data do Aceite da Proposta ou primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.				

3. DADOS DO(S) PLANO(S) CONTRATADO(S)

Nome Comercial Registro ANS	Quantidade de vidas	Valor	Forma de Atendimento Formação de Preço	Segmentação de Rede Abrangência Geográfica	Carência (De 03 a 29 vidas)
Integral 471.861/14-5	de xx a xx vidas	R\$ XX,XX	Rede Credenciada e Livre Escolha Pré-Estabelecido	UNNA Nacional	24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência 90 (noventa) dias para clínico geral 180 (cento e oitenta) dias para prótese e Orto. 60 (sessenta) dias para os demais procedimentos cobertos
Supremo 471.860/14-7	de xx a xx vidas	R\$ XX,XX	Rede Credenciada e Livre Escolha Pré-Estabelecido	UNNA Nacional	24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência 90 (noventa) dias para clínico geral 180 (cento e oitenta) dias para prótese e Orto. 60 (sessenta) dias para os demais procedimentos cobertos
ELEGIBILIDADE		De acordo com a Cláusula 3.3.2 das Condições Gerais			
VALOR DE REEMBOLSO (UO)		O valor da U.O (Unidade Odontológica) quando e se aplicável é de R\$ 0,40 (quarenta centavos de real).			

4. DADOS OPERACIONAIS

DATA VENCIMENTO DA FATURA	DATA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL	DATA INCLUSÃO BENEFICIÁRIOS
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

5. FORMAS DE PAGAMENTO DO ITEM 3 ACIMA

Autorizo emissão de boleto para pagamento em bancos e/ou correspondentes bancários.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta Proposta de Admissão, integra para todos os fins e efeitos de direito as Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Contrato), registrados no Cartório Oficial de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sendo prenotado sob o número 2.143.694, em 25/04/2024, Livro B e registrada em microfilme sob o número 2.187.654.

Nos termos da Cláusula quinta das Condições Gerais do Contrato, o Beneficiário incluído no Plano de Benefícios descrito no item 3 supra, além dos eventos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, terá direito às coberturas elencadas nos "Procedimentos Cobertos além do rol mínimo", conforme consta no anexo contratual.

Proposta de Admissão

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Brasildental Operadora de Planos Odontológicos S.A.

Plano Coletivo Empresarial - MPE

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

Registro da Operadora na ANS: 41.941-9

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

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

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

DECLARAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

A **CONTRATANTE** propõe à **CONTRATADA** a realização deste Contrato, com base nas declarações anteriores, assumindo o compromisso de prestar-lhe todas as informações sobre aqueles que pretende incluir no Contrato – beneficiários e demais vínculos admitidos, bem como, se for o caso, sobre os respectivos dependentes, declarando que eles se enquadram perfeitamente na definição de grupo elegível constante dessa proposta de Admissão e das condições gerais do Contrato. Responsabiliza-se, ainda, pelas informações prestadas, sujeitando-se às sanções legais aplicáveis.

A **CONTRATANTE** declara que está de pleno acordo com as Condições Gerais do Contrato, as quais são do seu total conhecimento, comprometendo-se a comunicar à **CONTRATADA** quaisquer ocorrências que possam ensejar a descaracterização do grupo elegível.

A **CONTRATANTE** se compromete ainda, a qualquer tempo, por solicitação da **CONTRATADA**, a encaminhar em até 5 (cinco) dias úteis toda a documentação comprobatória de elegibilidade dos empregados, dentre elas o CAGED e FGTS dos beneficiários, podendo o não envio ser caracterizado fraude, acarretando o cancelamento do contrato, de acordo com o item “vi” da cláusula 19.1, das condições gerais.

A **CONTRATANTE** declara ter recebido nesta data, e previamente à assinatura da presente proposta, o documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS.

Caso a proposta seja aceita, a **CONTRATADA** se compromete a disponibilizar de forma virtual ao Beneficiário Titular, anteriormente à sua inclusão no Plano de Benefícios Odontológicos, os documentos denominados:

- a) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS;
- b) Guia de Leitura Contratual – GLC;
- c) Sempre que solicitado pelo Beneficiário Titular, cópia das Condições Gerais do Contrato;
- d) Anexo de cobertura contratual (Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol, Tabela de procedimentos – Reembolso, Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial).

Fazem parte deste contrato, eventuais termos de aditamento e anexos.

A Contratante declara ter tido ciência da Condição Particular da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD ao Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, registrado no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, prenotado sob nº 1.638.781e sob microfilme nº 1.682.941, no livro B, em 28/12/2020 e disponível em: <https://bbdental.com.br/documentos-e-comunicados-importantes/>.

Declara ainda estar ciente que os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

Proposta de Admissão

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Brasildental Operadora de Planos Odontológicos S.A.

Plano Coletivo Empresarial - MPE

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

Registro da Operadora na ANS: 41.941-9

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

Estando ciente que para obter maiores informações sobre como os dados pessoais são tratados pela **CONTRATADA**, deve consultar a Política de Privacidade disponível para consulta em: <https://bbdental.com.br/documentos-e-comunicados-importantes/>;

As Partes aceitam integralmente que as Assinaturas do presente instrumento serão realizadas através de plataforma homologada, nos termos do parágrafo 2º do artigo 10 da MP 2.200-2/2001, sendo o presente Contrato irrevogavelmente considerado, por todos que o assinam, como prova documental e título executivo extrajudicial, para todos os fins e efeitos.

As Partes declaram que tem ciência e reconhecem que a plataforma utilizada para assinatura eletrônica atende aos mais altos níveis de autenticação de signatários e a rigorosos padrões de segurança e conformidade legal, garantindo segurança e validade jurídica, pois gera o efeito jurídico do não repúdio, atestando de forma inequívoca a autoria e conteúdo de um documento eletrônico, em estrita observância às Leis Brasileiras que regem o assunto.

E, por estarem justas e contratadas, assinam as partes, esta Proposta de Admissão, que é parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, registrado no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sob o n.º XXXX, o qual a **CONTRATANTE** declara neste ato ter recebido uma cópia, Instrumentos que constituem o Contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o firmam.

CIDADE/UF, ____ de _____ de 20__.

CONTRATANTE:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

CONTRATADA:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

TESTEMUNHAS:

Nome:

RG:

Nome:

RG:

Cláusula Primeira	
Do objeto	02
Cláusula Segunda	
Das partes	02
Cláusula Terceira	
Das definições	03
Cláusula Quarta	
Características do plano	07
Cláusula Quinta	
Do plano de benefícios - cobertura	07
Cláusula Sexta	
Das exclusões de coberturas	08
Cláusula Sétima	
Da movimentação cadastral (inclusão e exclusão de beneficiários)	09
Cláusula Oitava	
Dos beneficiários empregados demitidos sem justa causa e aposentados	11
Cláusula Nona	
Da identificação dos beneficiários	15
Cláusula Décima	
Mecanismos de regulação	15
Cláusula Décima Primeira	
Das carências	15
Cláusula Décima Segunda	
Das responsabilidades sobre os atendimentos	16
Cláusula Décima Terceira	
Urgências e Emergências	17
Cláusula Décima Quarta	
Da dinâmica de atendimento em Rede Credenciada e em livre escolha	18
Cláusula Décima Quinta	
Da remuneração, condições de pagamento e reajuste	21
Cláusula Décima Sexta	
Das responsabilidades da contratante	23
Cláusula Décima Sétima	
Das responsabilidades da BRASILDENTAL	24
Cláusula Décima Oitava	
Da vigência	24
Cláusula Décima Nona	
Da rescisão e da suspensão	24
Cláusula Vigésima	
Das normas anticorrupção	26
Cláusula Vigésima Primeira	
Das disposições gerais	26
Cláusula Vigésima Segunda	
Da utilização da marca	27
Cláusula Vigésima Terceira	
Do foro	27
Cláusula Vigésima Quarta	
Da assinatura eletrônica	27

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Nos termos e limites deste instrumento jurídico, este Contrato tem o objetivo de garantir a prestação continuada da assistência odontológica ao Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes incluídos no Contrato para o tratamento de todas as doenças de natureza odontológica relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), no que se refere à saúde bucal, observando o disposto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, e obedecido ao Rol de Procedimentos Odontológicos, previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento, ou ato que vier a substituí-la, mediante o reembolso ou pagamento direto ao prestador credenciado.

1.2. Faz parte deste Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica: Proposta de Admissão corretamente preenchida; Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol e Procedimentos cobertos - Extra Rol (Anexos I e II), Tabela de Procedimentos - Reembolso (Anexo III), Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial (Anexo IV), Termo de Opção de inclusão (Anexo V), Formulário de Requisição de Reembolso (Anexo VI), Guia de Leitura Contratual (Anexo VII), Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (Anexo VIII) e Condições Gerais, sendo certo que todos os documentos citados encontram-se disponibilizados no site <https://bbdental.com.br/bbdentalempresas/> e no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sendo prenotado sob o número 2.143.694, em 25/04/2024, Livro B e registrado em microfilme sob o número 2.187.654.

1.3. O presente Contrato é de adesão e tem natureza bilateral, que gera, na forma do Código Civil Brasileiro, direitos e obrigações para ambas as partes, inclusive a obrigação da **CONTRATANTE** pagar o preço ora ajustado, independentemente da utilização, por seus Beneficiários, de qualquer das coberturas previstas em cada Plano de Benefícios por ela contratado. Assegura-se, outrossim, a aplicação subsidiária das disposições do Código de Defesa do Consumidor, no tocante aos direitos dos Beneficiários.

1.4. As partes reconhecem e aceitam que a Proposta de Admissão é o documento que estabelece as datas, as especificações dos produtos e os valores necessários ao perfeito cumprimento de todas as obrigações estabelecidas neste Contrato, assim entendido, o Plano de Benefícios contratado pela **CONTRATANTE**, o valor da contribuição mensal de cada Plano de Benefícios contratado para cada Beneficiário, as Datas de Movimentação Cadastral, de Início de Vigência do Benefício e de Vencimento da Fatura Mensal, o prazo de vigência e denúncia do presente Contrato e o prazo de carência de cada Plano de Benefícios adquirido, se existente.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS PARTES

2.1. Para os fins deste Contrato, consideram-se:

2.1.1. CONTRATANTE: Pessoa jurídica legalmente constituída, devidamente identificada e qualificada na Proposta de Admissão, que contrata os produtos da **CONTRATADA**, em benefício da população delimitada e vinculada a ela por relação empregatícia ou estatutária, respondendo integralmente por todas as obrigações ora assumidas, nos termos da Resolução Normativa da ANS - RN n° 557/2022.

2.1.2. CONTRATADA: É a BRASILDENTAL S.A., Operadora de Planos Exclusivamente Odontológicos, com sede no município de Barueri, Estado de São Paulo, na Alameda Araguaia, n° 2104, Condomínio Centro Empresarial Araguaia Corporate, Alphaville Industrial, CEP 06455-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 19.962.272/0001-09 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n° 41.941-9, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEFINIÇÕES

Para os fins deste Contrato, consideram-se:

3.1. GRUPO ASSOCIÁVEL: É o conjunto de Beneficiários da **CONTRATANTE**, indicado na Proposta de Admissão e elegíveis ao Plano de Benefícios por ela contratado, conforme definido neste Contrato, homogêneo a uma ou mais formas de vinculação à própria **CONTRATANTE**.

3.2. GRUPO DE BENEFICIÁRIOS: É o conjunto dos componentes do Grupo Associável, indicados na Proposta de Admissão e incluídos no Contrato, cujo Plano de Benefícios esteja em vigor, composto de, no mínimo 03 (três) indivíduos, sendo no mínimo 01 (um) Beneficiário Titular e 02 (dois) Beneficiários dependentes.

3.2.1. As partes estabelecem que será considerado pela **CONTRATANTE** o número mínimo de 03 (três) indivíduos para fins de faturamento mensal.

3.3. BENEFICIÁRIO: É o integrante do Grupo de Beneficiários, podendo ser definindo como:

3.3.1. BENEFICIÁRIO TITULAR: É a pessoa física, que mantém vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**, bem como: sócios; administradores; agentes políticos; trabalhadores temporários; estagiários e menores aprendizes da **CONTRATANTE**.

3.3.2. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: São considerados Beneficiários Dependentes o cônjuge ou companheiro(a) do Beneficiário Titular, conforme legislação vigente, bem como os filhos(as), enteados(as) ou tutelados(as), dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R., e que sejam solteiros com até 24 (vinte e quatro) anos de idade.

3.3.3. BENEFICIÁRIO AGREGADO: Respeitada a condição de elegibilidade disposta no item 3.3.2., poderão ser considerados Beneficiários Agregados, os indivíduos que possuam com o Beneficiário Titular relação de parentesco até o

terceiro grau consanguíneo ou até o segundo grau por afinidade, desde que devidamente contratados e elencados na Proposta de Admissão.

3.4. PRESTADOR: É a Pessoa Física ou Jurídica legalmente constituída, habilitada e **CONTRATADA** para prestar serviços de assistência odontológica.

3.5. PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL: É aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo ser de natureza contributária ou não contributária, de acordo com a opção da **CONTRATANTE** definida na Proposta de Admissão.

3.5.1. PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL DE NATUREZA CONTRIBUTÁRIA: É aquele em que o Beneficiário contribui financeiramente, integral ou parcialmente, para o Plano de Benefícios, sendo certo que a **CONTRATANTE** será a única responsável pelo pagamento do valor integral da contribuição mensal à **CONTRATADA**.

3.5.2. PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL DE NATUREZA NÃO-CONTRIBUTÁRIA: É aquele em que o pagamento da contribuição mensal é feito integralmente pela **CONTRATANTE**, não havendo qualquer contribuição financeira pelo Beneficiário, ressalvadas as hipóteses de coparticipação.

3.6. PLANO DE BENEFÍCIOS: É o conjunto de coberturas estabelecidas no presente Contrato com a finalidade exclusiva de garantir aos Beneficiários o pagamento, reembolso ou ressarcimento de despesas com assistência odontológica, até os limites contratados. Para este caso o Plano de Benefícios aos Beneficiários Dependentes e/ou Agregados será sempre igual ao do Beneficiário Titular.

3.7. TERMO DE OPÇÃO DE INCLUSÃO (Anexo V): É o documento pelo qual o componente do Grupo Associável opta pela sua inclusão em um Plano Coletivo Empresarial de natureza contributária e informa seus dados pessoais, e de seus dependentes, para análise da **CONTRATADA**.

3.8. PROCEDIMENTOS: São todos os atos odontológicos que têm por objetivo a recuperação, manutenção ou avaliação da saúde oral do Beneficiário.

3.9. TABELA DE PROCEDIMENTOS - REEMBOLSO (Anexo III): É o conjunto de valores, definidos em Unidades Odontológicas – U.O., divididos por procedimentos, utilizados para reembolsos ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios com direito à Livre Escolha de profissionais odontólogos. É, em qualquer hipótese, o instrumento único para pagamentos, reembolsos e ressarcimentos das despesas odontológicas efetuadas pelos Beneficiários, tabela esta que poderá ser atualizada e registrada periodicamente no Cartório de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri e estará ainda disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede da **CONTRATANTE**, bem como na sede da **CONTRATADA** e nos canais de atendimento da **CONTRATADA**.

3.9.1. TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - ROL (Anexo I): O ROL mínimo da ANS é uma listagem estabelecida pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar que determina quais procedimentos médicos e odontológicos devem ser oferecidos pelos Planos de Saúde, de acordo com a segmentação **CONTRATADA** pelo beneficiário.

3.9.2. LISTA DE EVENTOS PARA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E/OU AUTORIZAÇÃO ESPECIAL (Anexo IV): É uma listagem que determina quais procedimentos médicos e odontológicos dependem de autorização prévia ou especial da Operadora para sua realização.

3.9.3. TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS – EXTRA ROL (Anexo II): É o conjunto de procedimentos cobertos, por mera liberalidade, além dos procedimentos de cobertura obrigatória estabelecida pelo Rol.

3.10. UNIDADES ODONTOLÓGICAS – U.O.: são as unidades utilizadas pela **CONTRATADA** para determinação do valor a ser pago ao Cirurgião-Dentista credenciado, mediante a multiplicação da quantidade de U.O. de cada evento odontológico, efetivamente realizado em Beneficiários inscritos no Plano de Benefícios, pelo valor em moeda corrente nacional previamente negociado com aquele mesmo Cirurgião-Dentista.

3.11. PROPOSTA DE ADMISSÃO: É o documento formal e legal a ser preenchido pelo **CONTRATANTE** e entregue à **CONTRATADA**, juntamente com os “Termos de Opção” do grupo elegível, sendo parte integrante do(s) Plano(s) de Benefícios Odontológicos contratado(s).

3.12. COBERTURA: São os procedimentos que têm garantia do pagamento, reembolso ou ressarcimento das despesas com assistência odontológica, conforme o Plano de Benefícios efetivamente contratado pela **CONTRATANTE**, e estabelecido na Proposta de Admissão.

3.13. PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS: São os procedimentos não inclusos no Plano de Benefícios efetivamente contratado pela **CONTRATANTE** que serão pagos pelo Beneficiário diretamente ao Prestador, sendo certo que em razão da condição de Beneficiário devidamente ativo no banco de dados da **CONTRATADA** (Operadora) poderá haver condição especial de pagamento para os procedimentos não cobertos, de acordo com a negociação com o profissional odontólogo. A **CONTRATADA** não terá responsabilidade quanto a condição especial e negociação dos eventos não cobertos realizados, ficará sob total responsabilidade do beneficiário e profissional odontólogo.

3.14. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA: É o conjunto de procedimentos odontológicos realizados na assistência à saúde oral do Beneficiário.

3.15. EVENTO: É o acontecimento, acidente ou doença, que tenha como consequência danos comprovados a saúde oral do Beneficiário, exigindo assistência odontológica, bem como procedimentos que podem trazer prevenção a sua saúde oral.

3.16. EMERGÊNCIA: Entende-se como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico, com risco imediato à vida do paciente e/ou de lesões irreparáveis a este, caracterizado em declaração de médico ou profissional odontólogo assistente.

3.17. URGÊNCIA: Entende-se como casos de urgência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica para supressão da dor intensa e/ou estancamento de processos hemorrágicos.

3.18. REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES: É a relação de prestadores de serviços odontológicos, das mais variadas especialidades (cirurgiões-dentistas e clínicas), que integram a Rede Credenciada da **CONTRATADA**, colocada à disposição do **CONTRATANTE**, responsável por disponibilizar aos Titulares do grupo de Beneficiários e que também poderá ser consultada pela Internet, no site www.bbdental.com.br.

3.19. REEMBOLSO: Entende-se por reembolso o pagamento ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios com direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistência odontológica, por ele efetuadas em Prestador não integrante da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, decorrente de eventos cobertos, até os limites estabelecidos naquele mesmo Plano de Benefícios contratado.

3.20. RESSARCIMENTO: Entende-se por ressarcimento o pagamento ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios sem direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistência odontológica, por ele efetuadas com profissional odontólogo não integrante da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, decorrente de eventos cobertos, inclusive dos casos de urgência e emergência, até os limites estabelecidos na Tabelas de Procedimentos - Reembolso (Anexo III).

3.21. CARÊNCIA: É o prazo ininterrupto determinado na Proposta de Admissão, contado a partir da data da inclusão do Beneficiário no Plano de Benefícios, durante o qual o Beneficiário não tem direito às coberturas contratadas.

3.22. COPARTICIPAÇÃO: É a parte efetivamente paga pelo Beneficiário referente à realização do procedimento, nos termos da Resolução CONSU nº 08, publicada pela ANS em 04 de novembro de 1998.

3.23. CONTRIBUIÇÃO MENSAL: É a importância paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** para que os Beneficiários tenham direito às coberturas dos respectivos Planos de Benefícios.

3.24. DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL: É a data máxima dentro de cada mês, determinada na Proposta de Admissão no item “Data de Movimentação Cadastral”, para que a **CONTRATANTE** efetue as inclusões e/ou exclusões de seus respectivos Beneficiários no Banco de Dados da **CONTRATADA**.

3.25. DATA DE VIGÊNCIA: É a data determinada na Proposta de Admissão no item “Data de Vigência do Benefício” a partir da qual o novo Beneficiário inscrito pela **CONTRATANTE** no Plano de Benefícios e corretamente incluído no banco de dados da **CONTRATADA** passa a ter direito à totalidade das coberturas, respeitado o cumprimento de eventual carência.

3.26. DATA DE VENCIMENTO DA FATURA MENSAL: É a data determinada na Proposta de Admissão no item “Data de Vencimento da Fatura Mensal” em que a **CONTRATANTE** deve efetuar o pagamento do valor total mensal devido à

CONTRATADA resultante da multiplicação do número de Beneficiários inscritos pela **CONTRATANTE** no Plano de Benefícios contratado pelo valor da respectiva contribuição mensal então vigente.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

4.1. O(s) Plano(s) de Benefícios de que trata este Contrato é (são) aquele(s) elencado(s) na Proposta de Admissão, devidamente identificado(s) pelo(s) número(s) de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nome comercial, que (i) assegure(m) aos Beneficiários a cobertura dos custos das despesas odontológicas realizadas na Rede Credenciada ou de livre escolha do Beneficiário e (ii) tenha(m) como forma de contratação, nos termos da legislação da ANS, a modalidade coletiva empresarial.

4.2. A segmentação assistencial pertinente ao presente Contrato é Odontológica.

4.3. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do(s) Plano(s) Contratado(s) é Nacional.

4.4. As Doenças e Lesões Pré-Existentes não se aplicam ao Plano de Benefícios Odontológicos.

CLÁUSULA QUINTA – DO PLANO DE BENEFÍCIOS – COBERTURA

5.1. É assegurado aos Beneficiários incluídos no presente Contrato a cobertura:

- a) dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98;**
- b) dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS (Anexo I), vigente à época do evento, e ainda;**
- c) do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.**

5.2. Além das coberturas supra descritas, fica garantida a cobertura da assistência das doenças de natureza odontológica elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), da Organização Mundial da Saúde.

5.3. São assegurados ainda, nos termos da legislação vigente editada pela ANS, apenas e tão somente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista,

quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

5.4. Além da Cobertura de que tratam os itens 5.1., 5.2. e 5.3. supra, o Beneficiário terá direito, também, às coberturas previstas nos “Procedimentos Cobertos – Extra Rol” (Anexo II), conforme o Plano de Benefícios contratado.

5.5. Definições das especialidades:

DIAGNÓSTICO: o conjunto de procedimentos que visa a identificação do tratamento odontológico necessário, por meio de exame clínico.

RADIOLOGIA: o conjunto de procedimentos que visa apoio diagnóstico por meio de exames radiológicos.

PREVENÇÃO: o conjunto de procedimentos que visa a prevenção de doenças e manutenção da saúde oral.

ODONTOPEDIATRIA: o conjunto de procedimentos que visa o atendimento a **BENEFICIÁRIOS** com até 15 anos de idade completos.

DENTÍSTICA: o conjunto de procedimentos que visa a recuperação da forma e função dos dentes.

ENDODONTIA: o conjunto de procedimentos que visa a reabilitação dos elementos dentários por meio de tratamento de canal.

TRATAMENTO DE PERIODONTIA: conjunto de procedimentos que visa o tratamento das doenças da gengiva e estruturas de suporte.

REABILITAÇÃO: o conjunto de procedimentos que visa prontamente a reabilitação odontológica.

CIRURGIA ORAL: o conjunto de procedimentos que visa a intervenção cirúrgica, ambulatorial e sob anestesia local, de elementos dentários e lesões bucais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS**6.1. Em qualquer hipótese, os eventos abaixo descritos NÃO SERÃO COBERTOS:**

- Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológico vigente à época do evento;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Consultas domiciliares;
- Tratamentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção apenas e tão somente dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para a realização de tais procedimentos, desde que estes não estejam listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;

- **Transplantes e implantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias;**
- **Gel para clareamento dental caseiro;**
- **Aparelhos estéticos de porcelana e safira;**
- **Aparelhos ortopédicos para DTM ou apneia do sono;**
- **Alinhadores de qualquer tipo;**
- **Tomografia Convencional;**
- **Braquetes estéticos.**
- **Exames laboratoriais de qualquer natureza, exceto o anatomopatológico;**
- **Tratamentos odontológicos realizados em data anterior ou posterior ao período de vigência do Contrato;**

CLÁUSULA SÉTIMA – DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL (INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS)

7.1. Para os casos de Plano Coletivo Empresarial de natureza não-contributária, a inclusão total do Grupo inicial dar-se-á na data de início de vigência deste Contrato e a inclusão de novos Beneficiários, admitidos após esta data no quadro de empregados da **CONTRATANTE**, dar-se-á na mesma data de sua admissão.

7.2. Para os casos de Plano Coletivo Empresarial de natureza contributária, a **CONTRATANTE** providenciará a inclusão dos Beneficiários, já integrantes do Grupo Total de Associáveis, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência deste Contrato.

7.2.1. A inclusão de Beneficiários Titulares e respectivos dependentes, em razão de novas admissões, bem como a inclusão de Beneficiários Dependentes, em razão de casamento, nascimento e adoção, dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do evento.

7.2.2. A inclusão no Plano de Benefícios de qualquer Beneficiário Dependente e/ou Agregado dependerá da participação do Beneficiário Titular no Plano de Benefícios de Assistência à Saúde.

7.3. As alterações no quadro de Beneficiários em virtude de novas admissões, alterações ou exclusões serão comunicadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em listagens, via Internet ou portal, encaminhadas até a data de movimentação cadastral determinada na Proposta de Admissão, conforme regra padrão adequado a esta finalidade disponibilizado pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**.

7.3.1. O Beneficiário somente terá direito à utilização das coberturas do Plano de Benefícios em que tenha sido inscrito na data indicada na Proposta de Admissão como “Início de Vigência”.

7.4. O Beneficiário Titular afastado, temporariamente, da **CONTRATANTE**, durante a vigência deste Contrato, somente terá direito à utilização do benefício ora contratado caso seja mantido no Plano de Benefícios pela **CONTRATANTE**, com o pagamento mensal da competente contribuição à **CONTRATADA**, sendo mantidas as normas deste instrumento.

7.5. A **CONTRATANTE** deverá enviar, quando assim solicitado pela **CONTRATADA**, cópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, ou outro documento comprobatório do número de pessoas do Grupo Associável, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio, os quais possuem o direito de ingressar no plano, atendidas as condições de admissão.

7.6. O Beneficiário Titular será automaticamente excluído do Contrato na ocorrência de qualquer dos seguintes eventos:

- a) rescisão do presente Contrato;
- b) término do vínculo com a **CONTRATANTE**, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos de natureza contributária, nos termos previstos da Lei 9.656/98, cabendo à **CONTRATANTE** comunicar aos Beneficiários as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da referida Lei;
- c) fraude comprovada, perdendo o Beneficiário quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais;
- d) solicitação à **CONTRATANTE**, por escrito, feita pelo Beneficiário Titular inscrito em Plano de Benefícios de natureza contributária;
d.1) O Beneficiário Titular excluído nos termos da alínea “d”, somente poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios na data de aniversário do Contrato, mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência para grupos menores ou iguais a 30 (trinta) vidas, ou para os eventos que extrapolem o Rol de Procedimentos Odontológicos, previsto no Anexo I destas Condições Gerais.

7.7. A exclusão do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) do Plano de Benefícios dar-se-á na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- a) mediante exclusão do Beneficiário Titular do Plano de Benefícios, qualquer que seja o motivo;
- b) deixando o Beneficiário Dependente de preencher os seguintes requisitos necessários para que seja assim considerado: cônjuge ou companheiro(a) do Beneficiário Titular, conforme legislação vigente, bem como filhos(as), enteados(as) ou tutelados(as), dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros até 24 (vinte e quatro) anos de idade;
- c) fraude comprovada, perdendo o Beneficiário quaisquer direitos previstos neste Contrato, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais;
- d) solicitação, por escrito, feita pelo Beneficiário Titular à **CONTRATANTE**;
d.1) O Beneficiário Dependente excluído nos termos da alínea “d”, somente poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios na data de aniversário do Contrato, mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência para grupos menores ou iguais a 30 (trinta) vidas, ou para os eventos que extrapolem o Rol de Procedimentos Odontológicos, previsto no Anexo I, destas Condições Gerais.

7.8. Quando da exclusão, a **CONTRATANTE** deverá inutilizar os cartões virtuais de identificação do(s) Beneficiário(s).

7.9. As despesas decorrentes do atendimento de Beneficiário Titular, ou de cada um de seus Dependentes, que deixou de pertencer ao Grupo de Beneficiários da **CONTRATANTE**, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à **CONTRATADA**, serão de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**.

7.10. A solicitação de alteração do Plano de Benefícios vigente para outro de maior ou de menor número de eventos cobertos somente poderá ser pleiteada à **CONTRATANTE** pelo Beneficiário Titular e será, necessariamente, estendida para todo o seu grupo familiar.

7.11. O Beneficiário Titular poderá, no mês de aniversário do Contrato, solicitar a **CONTRATANTE** a alteração do Plano de Benefícios vigente para outro que ofereça maior número de eventos cobertos, desde que observado o cumprimento do período de carência, eventualmente existente, para as coberturas que extrapolem o Rol de Procedimentos Odontológicos.

7.12. A solicitação do Beneficiário Titular feita à **CONTRATANTE** para alteração do Plano de Benefícios vigente para outro que ofereça menor número de eventos cobertos, somente será aceita após 12 (doze) meses, contados da inscrição do Beneficiário no Plano de Benefícios.

7.13. Toda e qualquer alteração de Benefícios ou migração de planos, objeto deste Contrato, será, necessariamente, intermediada pela **CONTRATANTE**.

7.14. Para que ocorra a alteração ou inclusão de novo plano no contrato, tanto de maior cobertura quanto de menor cobertura, faz-se necessário que no mínimo 3 (três) beneficiários migrem para o novo plano cadastrado e inserido no contrato.

CLÁUSULA OITAVA – DOS BENEFICIÁRIOS EMPREGADOS DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

8.1. Por se tratar de Plano Coletivo Empresarial, a inclusão do Beneficiário Titular e de seus dependentes, se o caso, ao benefício do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, dar-se-á apenas e tão somente mediante a sua manifestação de vontade, que deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

8.1.1. O prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 8.1. iniciará a partir da comunicação inequívoca ao Beneficiário, sendo esta de responsabilidade da **CONTRATANTE**, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do Contrato de Trabalho.

8.1.2. A exclusão do ex-empregado somente será aceita pela **CONTRATADA** mediante comprovação de que ele foi comunicado da opção de manutenção de sua condição de Beneficiário na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98. Enquanto não houver comprovação do comunicado, a **CONTRATANTE** manter-se-á responsável pelo custeio de sua permanência no Plano de Benefícios Odontológicos.

8.1.3. Não faz jus ao benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98: o beneficiário demissionário, o estagiário, o trabalhador temporário após o fim do contrato, e o administrador ao fim de mandato, na forma da referida lei.

8.2. Para fins de aplicação dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, considera-se contribuição qualquer valor pago pelo beneficiário, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contribuição mensal de seu Plano oferecido pela **CONTRATANTE** em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquias pagas únicas e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência odontológica.

8.3. Nos termos do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, nos planos coletivos com vínculo empregatício em que há participação financeira do beneficiário, será concedido ao beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado, o direito de permanecer inscrito no mesmo Plano de Benefícios em que se encontrava inscrito quando da vigência de seu Contrato de Trabalho, desde que assuma integralmente o pagamento de sua participação no Plano e, se o caso, de seus beneficiários dependentes que já se encontravam inscritos como tal no momento da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, sendo esta de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

8.3.1. Na forma do item 8.3., consideram-se mesmas condições de cobertura assistencial a segmentação, cobertura, rede assistencial, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano contratado para os empregados ativos.

8.4. O período de permanência no mesmo Plano de Benefícios para o beneficiário demitido sem justa causa será por período igual a um terço do tempo de contribuição financeira para o Plano, assegurado um período mínimo de permanência de seis meses, limitado a um período máximo de vinte e quatro meses de permanência.

8.5. O período de permanência no mesmo Plano de Benefícios para o beneficiário aposentado observará:

a) Se o aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período igual ou superior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no mesmo Plano, juntamente com seus Dependentes, por prazo indeterminado;

b) Se o aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período inferior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no mesmo Plano, juntamente com seus Dependentes, à razão de um ano para cada ano de contribuição;

c) Ao Beneficiário contribuinte aposentado que continuar exercendo suas atividades profissionais junto a **CONTRATANTE** e que venha a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de Beneficiário conforme previsto nas alíneas “a” e “b”, desde que manifeste sua opção pela permanência no Plano quando se desligar da **CONTRATANTE**;

c.1) O direito assegurado na alínea “c” é garantido aos dependentes do Beneficiário Titular, caso este venha a falecer antes do exercício previsto nas alíneas “a” e “b”.

8.6. A **CONTRATADA** disponibilizará, por intermédio da **CONTRATANTE**, o valor da contribuição mensal, conforme previsão contratual, em atendimento ao art. 15 da RN nº 488/2022.

8.6.1. Os valores de que tratam o item 8.6. serão atualizados periodicamente, sendo de responsabilidade da **CONTRATANTE** apresentá-los aos Beneficiários, inclusive

àqueles recém-admitidos, quando forem incluídos no Contrato do Plano de Benefícios Odontológicos.

8.7. A **CONTRATANTE** deverá considerar para cômputo do período de contribuição de seus ex-empregados os pagamentos ocorridos a qualquer tempo, ainda que não esteja ocorrendo contribuição no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

8.7.1. Serão consideradas para cômputo do período as contribuições ocorridas em planos contratados pelo **CONTRATANTE** sucessivamente com mais de uma Operadora - sem interrupção de cobertura -, desde que a sucessão contratual tenha se dado em contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

8.7.2. Na hipótese de o Contrato em referência ter sido adaptado à Lei nº 9.656/98 ou ainda que tenha havido migração para planos regulamentados, também deverá ser contabilizado o período de contribuição realizada pelo empregado anteriormente à adaptação ou migração.

8.7.3. A contribuição do beneficiário no pagamento das contribuições mensais do(s) Plano(s) de Benefícios oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício com empresas que foram submetidas a processos de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nesta Cláusula, como contribuição para um único Plano, ainda que ocorra a rescisão do Contrato de Trabalho.

8.8. A manutenção da condição de Beneficiário disposta nos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/98 é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do Beneficiário Titular. A obrigatoriedade não impede que a condição de Beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, sendo certo que somente novo cônjuge e filhos poderão ser incluídos no decurso de sua permanência, conforme prazo e condições estabelecidas no Contrato.

8.8.1. Durante o período de manutenção da condição de Beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o Beneficiário também poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora, nos termos da legislação em vigor.

8.9. Em caso de morte do Beneficiário Titular durante o gozo dos benefícios previstos no artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, os seus Dependentes já inscritos no Plano de Benefícios poderão nele permanecer durante o período remanescente e mediante o pagamento do preço correspondente.

8.10. A contribuição mensal do Beneficiário Titular que manifestar o interesse ao benefício do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, bem como dos seus Dependentes, corresponderá a soma das contribuições patronal (empregadora) e do empregado.

8.11. O benefício do artigo 30 e 31, da Lei 9.656/98, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

8.12. A **CONTRATANTE** declara ter ciência de que deverá dar conhecimento ao Beneficiário que preencha os requisitos para permanência no Plano de Benefícios, quando da formalização da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

8.12.1. A **CONTRATANTE** é responsável por:

- a)** Comunicar a exclusão do Beneficiário à **CONTRATADA**, informando se esta se deu por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, destacando, ainda, se o Beneficiário se enquadra no disposto na alínea “c” do item 8.5.;
- b)** Informar à **CONTRATADA** se o Beneficiário faz jus à permanência no Plano de Benefícios, em função do previsto no item 8.3;
- c)** Efetuar o controle do tempo de contribuição de seus Beneficiários, informando-o à **CONTRATADA**, para fins do cálculo do tempo de permanência no Plano de Benefícios em virtude dos art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; e
- d)** Informar se o Beneficiário optou por sua permanência no Plano de Benefícios, entregando os documentos comprobatórios dessa opção à **CONTRATADA**.

8.13. A **CONTRATANTE** é exclusivamente responsável e deverá ressarcir à **CONTRATADA** por eventuais penalidades que esta seja submetida em razão de medidas judiciais e/ou administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos art. 30 ou 31 da Lei nº 9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**.

8.14. A manutenção da condição de Beneficiário no mesmo Plano de Benefícios que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, observará as mesmas condições de reajuste, contribuição mensal, e fator moderador existente durante a vigência do Contrato de Trabalho.

8.15. A contribuição mensal dos Beneficiários aposentados e dos demitidos sem justa causa será reajustada no mesmo mês em que ocorrer reajuste na contribuição mensal do Plano de Benefícios dos Beneficiários ativos e no mesmo percentual.

8.16. O cancelamento dos Planos dos aposentados e dos funcionários demitidos sem justa causa que exercerem seus direitos de permanência no Plano de Benefícios ocorrerá:

- a)** pelo decurso do prazo do benefício previsto nos art. 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98;
- b)** quando o ex-funcionário (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego, considerando-se como tal o estabelecimento de novo vínculo profissional que possibilite seu ingresso em Plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão;
- c)** se o ex-funcionário (demitido ou aposentado) deixar de pagar a contribuição mensal por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do Contrato, ou;
- d)** quando o Contrato for cancelado.

8.16.1. Em caso de cancelamento do Contrato dos empregados ativos, o Plano de Benefícios Odontológicos dos inativos e/ou exonerados, se houver, também será automaticamente cancelado.

8.17. Caso o plano coletivo seja cancelado, possuindo a **CONTRATADA** à época da rescisão plano de contratação individual ou familiar, disponibilizará este plano de contratação individual ou familiar ao universo de Beneficiários até então inclusos no contrato coletivo rescindido, respeitadas as condições comerciais relativas ao plano individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos períodos de carência.

CLÁUSULA NONA – DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

9.1. A identificação de Beneficiários da **CONTRATANTE** far-se-á pelo Cartão virtual de Identificação da Operadora, acompanhado de um documento de identidade oficial com fotografia.

9.2. A Guia de Encaminhamento da **CONTRATADA** também será documento suficiente para identificação do Beneficiário, desde que devidamente preenchida e aprovada pela **CONTRATADA**, acompanhada de documento de identidade oficial com fotografia.

9.3. Os Cartões de Identificação dos Beneficiários serão disponibilizados de forma virtual pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 10 dias da “Data de Movimentação Cadastral”, estabelecida na Proposta de Admissão, do mês em que ocorrer a sua inscrição, sem qualquer custo.

9.4. A não apresentação pelo Beneficiário de qualquer dos documentos estabelecidos neste Capítulo no momento da realização da consulta, desobrigará a **CONTRATADA** do pagamento do tratamento realizado.

CLÁUSULA DÉCIMA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Caso seja identificado, por uma junta formada por odontólogos, que determinado procedimento poderá acarretar dano ou ser considerado ineficaz ao Beneficiário, ficará a **CONTRATADA** dispensada de pagar, reembolsar ou ressarcir ao Beneficiário os valores de tal procedimento, ainda que esteja contemplado na cobertura do Plano de Benefícios ora contratado.

10.1.1. A junta de profissionais odontólogos acima referida será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por profissional odontólogo da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

10.2. Caso o plano contratado possua coparticipação, o percentual desta e o rol de eventos a que se aplica, constará na Proposta de Admissão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS CARÊNCIAS

11.1. REGRA GERAL

11.1.1. Fica estabelecido entre as partes que, nos termos da legislação expedida pela ANS, para o Plano Coletivo Empresarial, com número de Beneficiários inscritos maior ou igual a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento de prazo de carência para a relação de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, previsto no Anexo I, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso

em até 30 (trinta) dias do início de vigência do presente Contrato ou de sua vinculação/admissão à **CONTRATANTE**, no caso de Beneficiário Titular, ou da vinculação do Beneficiário Dependente ao Beneficiário Titular, nos termos do subitem 7.2.1.

11.1.1.1. Para cada procedimento odontológico que exceda a relação de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, poderá ser exigido o cumprimento de um período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias.

11.1.2. Fica estabelecido entre as partes que, após o transcurso dos prazos definidos no item 11.1.1. supra, poderá ser exigido, do Beneficiário que opte pela sua inclusão no plano coletivo empresarial, o cumprimento de um período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias para quaisquer eventos, a depender do Plano de Benefícios contratado, exceto para procedimentos em caráter de urgência e/ou emergência, quando não será exigido o cumprimento de qualquer período de carência.

11.1.3. Fica estabelecido entre as partes que para o Plano Coletivo Empresarial, com número de Beneficiários inscritos seja menor que 30 (trinta), poderá ser exigido o cumprimento de um período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias para qualquer procedimento odontológico, exceto para procedimentos em caráter de urgência e/ou emergência, quando não será exigido o cumprimento de qualquer período de carência.

11.1.4. Nos termos do inciso VII do artigo 12, da Lei 9.656/98, é assegurado ao filho adotivo do Beneficiário, menor de 12 anos, o aproveitamento das carências por aquele já cumpridas, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

11.2. REGRA ESPECÍFICA

11.2.1. Nas hipóteses em que seja permitida a exigência do cumprimento de período de carência, o prazo poderá ser convencionado mediante prévio e expresso acordo entre as partes contratantes, caso em que tal prazo constará da Proposta de Admissão.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESPONSABILIDADE SOBRE OS ATENDIMENTOS

12.1. A **CONTRATADA** somente se responsabilizará pela qualidade dos procedimentos odontológicos realizados pelos integrantes da sua Rede Credenciada. Os procedimentos realizados por profissionais não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA** serão de integral responsabilidade do Beneficiário.

12.2. Caberá sempre aos Beneficiários e seus dependentes e/ou agregados agendarem diretamente com os Prestadores integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA** horários para atendimento, com exceção das emergências e/ou urgências; uma vez marcado o horário, o não comparecimento do Beneficiário e seus dependentes e/ou agregados sem aviso prévio de 24 (vinte e quatro) horas, obrigá-lo-á ao pagamento da consulta ao Prestador, sendo que o valor desta será apurado em conformidade com a Tabela de Procedimentos Cobertos – Rol (Anexo I).

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

13.1. Nas hipóteses de atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência, os Beneficiários terão direito à utilização das coberturas do Plano de Benefícios em que tenham sido inscritos no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após o recebimento da comunicação de sua inclusão, feita pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.

13.2. Entende-se como casos de urgência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica, para a supressão de dor intensa e processos hemorrágicos. E como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico, com risco de vida do paciente.

13.3. A **CONTRATADA** assegurará o ressarcimento, de acordo com a Tabela de Procedimentos - Reembolso (Anexo III), das despesas efetuadas pelo beneficiário nos casos de urgência ou emergência, quando, comprovadamente, não for possível a utilização da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano de Benefícios, sendo certo que o valor do ressarcimento não será inferior ao valor praticado pela **CONTRATADA** junto a sua Rede Credenciada.

13.4. O **CONTRATANTE** deverá comprovar a impossibilidade de utilização da rede credenciada por meio de protocolo de atendimento junto à **CONTRATADA**, podendo a não comprovação resultar no indeferimento ao pedido de ressarcimento de forma de integral. O atendimento deve ser feito previamente, no intuito de solicitar a indicação de profissional para a realização do atendimento e ou tratamento necessário.

13.5. O ressarcimento será efetuado por meio de depósito, na conta bancária de titularidade do(a) **CONTRATANTE**, que deverá ser expressamente indicada no Formulário de Requisição de Reembolso, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** da seguinte documentação, o que poderá ser feito por meio do aplicativo **CONTRATADA**, disponível nas plataformas de download ou mediante entrega dos documentos físicos:

Recibo e/ou Nota Fiscal no mesmo valor do tratamento realizado, sendo:

- Recibo para dentistas pessoa física (CPF) e comprovante do pagamento realizado
- Nota Fiscal para dentistas pessoa jurídica (CNPJ) e comprovante do pagamento realizado;

Podendo ainda ser solicitado a critério da **CONTRATADA**:

- Radiografias e/ou fotografias pré-tratamento, devidamente datadas com data dentro da vigência do plano registrando a situação pré-tratamento do beneficiário (imagens iniciais);
- Radiografias e/ou fotografias pós-tratamento, devidamente datadas registrando a situação pós-tratamento (imagens finais). As radiografias ou fotografias devem ser realizadas em Clínica Radiológica Credenciada, ou em Clínica Radiológica Particular;
- No caso de haver dúvidas quanto à execução e indicação do tratamento, poderão ser solicitados documentos complementares para esclarecimento;

- Formulário de Requisição de Reembolso (Anexo VI), devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável, segundo as normas descritas no verso do referido formulário, disponibilizado pela **CONTRATADA** através de solicitação feita pela **CONTRATANTE** ou pelo Beneficiário diretamente à Central de Atendimento, cuja ligação é gratuita;
- Dados do beneficiário atendido (titular ou dependente);
- Dados bancários do beneficiário titular do plano e CPF;
- Descrição do tratamento odontológico realizado, que deve conter para cada evento: descrição detalhada do evento realizado com número do dente/área ou região, faces, quantidade, valor individual e data de realização;
- Laudo descrito do atendimento realizado, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
- Dados completos do Cirurgião Dentista (com CPF e CRO) em se tratando de dentista Pessoa Física, ou dados da clínica odontológica (com CNPJ), com dados do profissional que realizou o tratamento (Nome, CPF e CRO);
- Assinatura do beneficiário Titular e do dentista que realizou o tratamento;
- Os documentos acima indicados deverão estar acompanhados de documentação pré-tratamento e documentação final de todos os procedimentos efetuados. Esta documentação deverá ser realizada em clínica radiológica com identificação e data de realização, e realizada dentro da vigência do plano contratado;
- Quando o envio da documentação for feito por meios digitais, este envio deverá, necessariamente, ser feito pelos meios disponibilizados pela **CONTRATADA**, e o Beneficiário deverá guardar os documentos originais pelo prazo de 5 (cinco) anos, contatos a partir da data do envio do pedido de reembolso, e poderão ser solicitados a qualquer momento pela **CONTRATADA**.

13.6. O Beneficiário perderá o direito ao ressarcimento decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

13.7. Para os casos de ressarcimentos requeridos via aplicativo, a documentação digitalizada apresentada, poderá, a critério da **CONTRATADA**, ser solicitada em sua via original.

13.8. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a **CONTRATADA** poderá pedir informações complementares, inclusive, comprovação de elegibilidade dos beneficiários, no prazo de até 30 (trinta) dias, após a chegada da documentação. Isto acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias, a partir do cumprimento das solicitações, para que o ressarcimento possa ser efetuado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO EM REDE CREDENCIADA E EM LIVRE ESCOLHA

14.1. O Beneficiário inscrito no Plano de Acesso à Livre Escolha de Prestadores poderá realizar tanto na Rede Credenciada da **CONTRATADA** como em profissionais odontólogos não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, todos os procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, incluindo os procedimentos elencados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, respeitados os limites e condições do Plano de Benefícios adquirido, conforme a Proposta de Admissão.

14.2. As despesas decorrentes da realização de tais procedimentos serão reembolsadas pela **CONTRATADA** de acordo com a Tabela de Procedimentos - Reembolso (Anexo III), sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela **CONTRATADA** junto a sua Rede Credenciada.

14.3. O valor do reembolso será calculado multiplicando-se o valor da U.O. do Plano de Benefícios em que o Beneficiário esteja inscrito pela quantidade de U.O. estabelecida para cada um dos eventos utilizados, determinada na Tabela de Procedimentos - Reembolso.

14.4. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, esta será solicitada à **CONTRATADA** diretamente pelo Prestador e a resposta à solicitação de autorização do procedimento será dada, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

14.5. A Tabela de Procedimentos - Reembolso poderá ser atualizada e registrada periodicamente no Cartório de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri e estará ainda disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede da **CONTRATANTE**, bem como na sede da **CONTRATADA** e nos canais de atendimento da **CONTRATADA**.

14.6. A **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer, plenamente, os membros do grupo associável, no ato de sua inclusão, sobre as condições de utilização dos Planos de Benefícios ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

14.7. Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada da **CONTRATADA**, poderá qualquer parte interessada consultar através do site: www.bbdental.com.br, ou ainda pelo aplicativo da **CONTRATADA**, disponível nas plataformas de download.

14.8. A relação contendo as substituições de prestadores ocorridas na rede credenciada nos últimos 180 (cento e oitenta) dias poderá ser consultada no portal da **CONTRATADA**, através do site www.bbdental.com.br ou na sua Central de Atendimento e Relacionamento.

14.9. Quando da impossibilidade de utilização pelo Beneficiário inscrito em Plano de Benefício sem direito à Livre Escolha de Prestadores da Rede Credenciada da **CONTRATADA** por não haver Prestador na localidade em que aquele se encontra, a **CONTRATADA** procederá ao ressarcimento das despesas experimentadas pelo Beneficiário de acordo com a Tabela de Procedimentos - Reembolso (Anexo III), obedecido ao disposto nos itens 13.2. e 13.3. supra.

14.10. O reembolso das despesas a que alude a presente cláusula será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** da seguinte documentação, o que poderá ser feito por meio do aplicativo **CONTRATADA**, disponível nas plataformas de download ou mediante entrega dos documentos físicos:

Recibo e/ou Nota Fiscal no mesmo valor do tratamento realizado, sendo:

- Recibo para dentistas pessoa física (CPF) e comprovante do pagamento realizado
- Nota Fiscal para dentistas pessoa jurídica (CNPJ) e comprovante do pagamento realizado;

Podendo ainda ser solicitado a critério da **CONTRATADA**:

- Radiografias e/ou fotografias pré-tratamento, devidamente datadas com data dentro da vigência do plano registrando a situação pré-tratamento do beneficiário (imagens iniciais);
- Radiografias e/ou fotografias pós-tratamento, devidamente datadas registrando a situação pós-tratamento (imagens finais). As radiografias ou fotografias devem ser realizadas em Clínica Radiológica Credenciada, ou em Clínica Radiológica Particular. Não serão aceitas imagens realizadas em Consultórios Odontológicos;
- No caso de tratamentos ortodônticos, deve ser apresentada a documentação odontológica completa com descrição e laudo de mal oclusão apresentada, bem como prazo de tratamento e justificativa técnica para instalação do aparelho;
- No caso de haver dúvidas quanto à execução e indicação do tratamento, poderão ser solicitados documentos complementares para esclarecimento.
- Formulário de Requisição de Reembolso (Anexo VI), devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável, segundo as normas descritas no verso do referido formulário, disponibilizado pela **CONTRATADA** através de solicitação feita pela **CONTRATANTE** ou pelo Beneficiário diretamente à Central de Atendimento, cuja ligação é gratuita.
- Dados do beneficiário atendido (titular ou dependente);
- Dados bancários do beneficiário titular do plano e CPF;
- Descrição do tratamento odontológico realizado, que deve conter para cada evento: descrição detalhada do evento realizado com número do dente/área ou região, faces, quantidade, valor individual e data de realização;
- Laudo descrito do atendimento realizado, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
- Assinatura do beneficiário Titular e do dentista que realizou o tratamento;
- Dados completos do Cirurgião Dentista (com CPF e CRO) em se tratando de dentista Pessoa Física, ou dados da clínica odontológica (com CNPJ), com dados do profissional que realizou o tratamento (Nome, CPF e CRO);
- Os documentos acima indicados deverão estar acompanhados de documentação pré-tratamento e documentação final de todos os procedimentos efetuados. Esta documentação deverá ser realizada em clínica radiológica com identificação e data de realização, e realizada dentro da vigência do plano contratado;
- Quando o envio da documentação for feito por meios digitais, este envio deverá, necessariamente, ser feito pelos meios disponibilizados pela **CONTRATADA**, e o Beneficiário deverá guardar os documentos originais pelo prazo de 5 (cinco) anos, contatos a partir da data do envio do pedido de reembolso, e poderão ser solicitados a qualquer momento pela **CONTRATADA**.

14.11. O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

14.12. Para os casos de reembolsos requeridos via aplicativo, a documentação digitalizada apresentada, poderá, a critério da **CONTRATADA**, ser solicitada em sua via original.

14.13. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a OPERADORA poderá pedir informações complementares, inclusive, comprovação de elegibilidade dos beneficiários, no prazo de até 30 (trinta) dias, após a chegada da documentação. Isto acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias, a partir do cumprimento das solicitações, para que o ressarcimento possa ser efetuado.

14.14. A **CONTRATADA** não reembolsará as despesas pela realização dos mesmos procedimentos, ainda que cobertos pelo Plano de Benefícios, executados em desacordo com os prazos para refazer, previstos na Tabela de Procedimentos - Reembolso (Anexo III), em uma ou mais entidades e/ou profissionais, em seu nome ou em nome de outra pessoa, seja como titular ou dependente.

14.15. A **CONTRATADA** não reembolsará as despesas pela realização dos mesmos procedimentos realizados, ainda que em carteiras/empresas diferentes do grupo, caracterizando a mesma fonte de pagamento.

14.16. Qualquer fraude em documento ou informação acarretará a imediata exclusão do Beneficiário e seus Dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como não lhes assistindo direito à devolução de qualquer quantia paga.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA REMUNERAÇÃO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE

15.1. As partes ajustam que o preço da contribuição mensal referente ao Plano de Benefícios contratado rege-se pelo sistema de pré-pagamento, conforme legislação vigente. A carta informando o percentual de reajuste que será aplicado será disponibilizada no Portal no prazo de até 30 (trinta) dias antecedente a data da aplicação.

15.1.1. O valor da contribuição mensal “per capita” constará da Proposta de Admissão.

15.2. Fica certo e ajustado entre as partes que a **CONTRATADA** não utiliza a faixa etária como critério para a variação do preço da contribuição mensal “per capita”.

15.3. A **CONTRATANTE** será sempre a única responsável perante a **CONTRATADA** pelo pagamento do Plano de Benefícios ora contratado, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.

15.4. O valor total da contribuição mensal, devida pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, resultará da multiplicação do número de Beneficiários inscritos no banco de dados da **CONTRATADA** pelo valor da contribuição mensal “per capita”, considerando-se o mês de competência.

15.5. O valor da contribuição mensal será discriminado em fatura emitida mensalmente, a qual, uma vez aceita pela **CONTRATANTE**, será encaminhada pela **CONTRATADA** com antecedência de 05 (cinco) dias de seu vencimento, constante da Proposta de Admissão, e dará à **CONTRATADA** o direito de, se assim julgar conveniente, sacar a respectiva duplicata.

15.6. Havendo atraso no pagamento de valores por parte da **CONTRATANTE**, sobre o montante total devido, atualizado monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), serão acrescidos juros de mora de 1% (um) por cento ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois) por cento, sem prejuízo da suspensão da cobertura dos procedimentos odontológicos previstos no Plano de Benefícios, aplicada a critério da **CONTRATADA**, até o efetivo pagamento, conforme previsto na cláusula 19.7.

15.7. O reajuste da contribuição mensal, o qual será obrigatoriamente comunicado à ANS na forma da legislação vigente, ocorrerá anualmente. Entretanto, havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

15.7.1. A inclusão de um novo produto ou alteração de plano não impacta a data base do contrato para fins de reajuste.

15.8. Caso haja acontecimento extraordinário e imprevisível que possa provocar o desequilíbrio do Contrato ou, ainda, tornar excessivamente oneroso o seu cumprimento, as partes obrigam-se a ajustar novas condições para presente Contrato, com o fim de restabelecer o equilíbrio contratual.

15.9. O valor da contribuição mensal contempla todos os tributos, diretos e indiretos, incidentes no Contrato, razão pela qual, na hipótese de criação, alteração ou extinção de tributos incidentes sobre a operação, ou, ainda, no caso de alteração de alíquotas dos tributos vigentes, as partes, desde já, ajustam que a diferença será aplicada na fatura do mês imediatamente subsequente ao do início de vigência do novo tributo ou da alteração da alíquota, conforme o caso. Acordam as partes que a aplicação da diferença supra não configura reajuste e sim adequação imposta por lei cogente, sendo certo que sua aplicação não estará sujeita a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.

15.10. O valor foi fixado considerando-se o número de Beneficiários constantes na Proposta de Admissão, sendo que, se na vigência do Contrato esse número sofrer alteração substancial a ponto de compromê-lo, as partes reexaminarão a matéria a fim de manter a remuneração compatível com o número de Beneficiários.

15.11. As partes estabelecem que o reajuste do valor da contribuição mensal ocorrerá anualmente, ou em outra periodicidade permitida pela legislação vigente, mediante a aplicação da variação aferida pelo IPCA/IBGE, no mesmo período, ou, na falta deste, outro índice oficial que vier a substituí-lo, ou, não sendo possível a sua utilização por qualquer motivo, aplicar-se-á o Índice de Preços ao Consumidor (IPC), da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE).

15.12. Fica estabelecido que a análise para apuração do percentual de reajustes será realizada com 3 (três) meses de antecedência da aplicação.

15.13. Sem prejuízo do disposto no item 15.11, a **CONTRATADA** elaborará anualmente um relatório, auditável a qualquer momento pela **CONTRATANTE**, onde constará o CUSTO OPERACIONAL (C.O.) do(s) Plano(s), neste(s) incluído(s), mas não limitando, a repasse para a Rede Credenciada e/ou Própria, custos com ressarcimento e/ou reembolso

(livre escolha), custos com laboratório de prótese, materiais e insumos, impostos, Provisão de Tratamentos Conhecidos em Andamento (PTCA) e Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA).

15.13.1. O possível acréscimo nos custos para os meses seguintes aos 12 (doze) meses de vigência inicial, será baseado na projeção do CUSTO OPERACIONAL FUTURO (C.O.F.). Este será obtido corrigindo o CUSTO OPERACIONAL (C.O.) pela inflação medida pelo IPCA/IBGE.

15.13.1.1. Caso o C.O.F. seja superior a 60% (sessenta) por cento do faturamento verificar-se-á o percentual de reajuste necessário para retornar à sinistralidade máxima de 60% (sessenta) por cento, sendo aquele percentual aplicado, linear ou diferencialmente, entre os planos.

C.O. = repasse rede credenciada + ressarcimento e/ou reembolso (livre escolha) + custos laboratório de prótese + custos com materiais de consumo + impostos + PTCA + PEONA (acumulado 12 meses anteriores à data do cálculo).

C.O.F. = C.O. corrigido pelo IPCA/IBGE (acumulado 12 meses anteriores à data do cálculo).

Fat. = faturamento líquido de impostos e comissão (acumulado 12 meses anteriores à data do cálculo).

Novo Faturamento (N.F.) = (C.O.F. / 60) x 100

Percentual de Reajuste Técnico = [(N.F. / Fat) - 1] x 100.

15.14. Exclusivamente para os Contratos que tenham até 199 (cento e noventa e nove) beneficiários, o reajuste disposto nos itens 15.11. e 15.13 será apurado anualmente, respeitada a vigência mínima de 12 (doze) meses do Contrato ou da incidência da última reavaliação, e considerará o período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração do conjunto dos contratos coletivos com características semelhantes ao Contrato reavaliado.

15.15. Exclusivamente para os Contratos que tenham de 200 (duzentos) até 499 (quatrocentos e noventa e nove) beneficiários, o reajuste disposto nos itens 15.11. e 15.13 será apurado anualmente, respeitada a vigência mínima de 12 (doze) meses do Contrato ou da incidência da última reavaliação, e considerará o período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração do conjunto dos contratos coletivos com características semelhantes ao Contrato reavaliado.

15.16. As partes reconhecem que o reajuste devido é o resultado obtido da aplicação cumulativa dos itens 15.11., 15.13. e seus subitens.

15.17. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo Plano de Benefícios.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

16.1. Sem prejuízo das demais responsabilidades estabelecidas neste Contrato, a **CONTRATANTE** será a única responsável:

- a) Pelo pagamento do Plano de Benefícios ora contratado, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98;
- b) Pela correta transmissão de todos os direitos e obrigações estabelecidos neste Contrato a seus Beneficiários;
- c) Pela veracidade das informações cadastrais de seus Beneficiários, bem como pela guarda e conservação dos documentos comprobatórios dos vínculos dos Beneficiários por ela inscritos e pela apresentação daqueles à **CONTRATADA** sempre que por ela solicitado.

16.2. A **CONTRATANTE** manterá o mais absoluto sigilo relativamente às informações a que tiver acesso em decorrência do presente Contrato, comprometendo-se a não as divulgar exceto se em razão de imposição legal ou judicial.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

17.1. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar a sua REDE CREDENCIADA atualizada em seu Portal, indicado na proposta de adesão bem como através da central de atendimento no Disque BRASILDENTAL.

17.2. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação à **CONTRATANTE** para o correto entendimento das cláusulas e condições deste Contrato.

17.3. A **CONTRATADA** manterá o mais absoluto sigilo relativamente às informações a que tiver acesso em decorrência do presente Contrato, comprometendo-se a não as divulgar, exceto se em razão de imposição legal ou judicial.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA VIGÊNCIA

18.1. O prazo de vigência deste contrato é de 24 meses, estando este prazo determinado na Proposta de Admissão, sendo tal prazo contado da primeira “Data da movimentação cadastral” válida realizada pela **CONTRATANTE**, e renovado automaticamente por prazo indeterminado caso qualquer das partes não o denuncie, no prazo de 60 (sessenta) dias, mediante expressa comunicação encaminhada à outra parte com antecedência mínima do término do período em curso, ou mesmo ser rescindido de imediato, independentemente de qualquer aviso e/ou notificação, judicial ou extrajudicial, no eventual descumprimento das cláusulas e condições nele contidas por qualquer uma das partes.

18.1.1. Passando o contrato a vigorar por prazo indeterminado, nos termos do item 18.1 supra, qualquer das partes poderá rescindi-lo, a qualquer tempo, desde que notifique a outra com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem ônus, com exceção de eventual(is) parcela(s) da contribuição mensal vencida(s) e não paga(s), inclusive dos encargos moratórios incidentes.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA RESCISÃO E DA SUSPENSÃO

19.1. O Contrato poderá, ainda, ser rescindido, a critério da **CONTRATADA**, independentemente de qualquer aviso e/ou notificação, judicial ou extrajudicial, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- i) atraso da **CONTRATANTE** no pagamento por mais de 60 (sessenta) dias;
- ii) redução por parte da **CONTRATANTE** de 30% (trinta por cento) ou mais do seu Grupo de Beneficiários inscritos;
- iii) descumprimento dos prazos previstos nos itens 18.1. e 18.1.1;
- iv) pagamento feito por meio de cheque sem fundos e o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 60 (sessenta) dias, sem prejuízo do direito de a **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
- v) pedido de falência, recuperação judicial, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial ou ainda, qualquer forma de cessação de atividades das partes.
- vi) Fraude comprovada.
- vii) descumprimento pelo **CONTRATANTE** ou pela **CONTRATADA** das cláusulas e condições Gerais.

19.2. Antes do término dos primeiros 24 meses de vigência deste Contrato, é facultado a qualquer das partes rescindi-lo, mediante comunicação, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas abaixo:

- i) quando motivada pelo **CONTRATANTE** na hipótese prevista na alínea “v” do item anterior, sem qualquer ônus; ou
- ii) imotivadamente, ou se motivada pelo **CONTRATANTE** (dada causa pelo **CONTRATANTE**) por qualquer das hipóteses previstas nas alíneas “i”, “ii”, “iii”, “iv” “vi” e “vii” do item anterior, condicionando o pagamento de multa pecuniária equivalente a 3 (três) vezes o valor da última fatura paga, estando certo de que não será considerada para o cálculo da multa qualquer redução superior ao previsto no item ii da cláusula 19.1, caso ocorra.

19.3. Além da penalidade prevista no item 19.2., item “ii”, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pelo ressarcimento à **CONTRATADA** dos valores dos tratamentos realizados no período contratual vigente que excederem ao limite de 60% (sessenta por cento) da sinistralidade.

19.4. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o contrato pelo prazo mencionado no item 18.1 a **CONTRATADA** não iniciará novos tratamentos, utilizando este lapso temporal para encerrar os tratamentos já iniciados em sua Rede Credenciada, assegurando-se atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência.

19.5. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o Contrato pelos prazos mencionados no item 18.1., a **CONTRATADA** não admitirá movimentações cadastrais de exclusões sem justo motivo, assim entendidas todas as exclusões que não configurem perda do vínculo do Beneficiário com a **CONTRATANTE**.

19.6. É vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor para a **CONTRATANTE** em razão de renovação contratual.

19.7. No caso de inadimplemento das contraprestações mensais e sucessivas ocorrerá a suspensão da cobertura dos procedimentos odontológicos previstos no Plano de Benefícios, aplicada a critério da **CONTRATADA**, até o efetivo pagamento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS NORMAS ANTICORRUPÇÃO

20.1. No que diz respeito às Normas Anticorrupção, as Partes estabelecem o que segue:

20.2. As Partes declaram, de forma irrevogável e irretroatável, uma à outra, que seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, empregados, prestadores de serviços, inclusive seus subcontratados e prepostos, conhecem e cumprem integralmente o disposto nas leis, regulamentos e disposições normativas que tratam do combate à corrupção e suborno, nacionais ou estrangeiras.

20.3. As Partes garantem mutuamente que se absterão da prática de qualquer conduta indevida, irregular ou ilegal, e que não se utilizarão de qualquer ação ou omissão, e/ou que não realizarão qualquer ato ou omissão que venha a favorecer, de forma direta ou indireta, uma à outra, ou qualquer uma das empresas dos seus respectivos conglomerados econômicos, contrariando as legislações aplicáveis no Brasil ou no exterior.

20.4. As Partes deverão manter seus livros e/ou Escrituração Contábil Digital (ECD), registros e documentos contábeis com detalhes e precisão suficientemente adequados para refletir claramente as operações e os recursos objetos deste Contrato.

20.5. As Partes asseguram uma à outra que possuem políticas, processos e procedimentos anticorrupção em conformidade com as leis, regulamentos e disposições normativas que tratam do combate à corrupção e suborno, nacionais ou estrangeiras, e que são cumpridos por seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, empregados e prestadores de serviços, inclusive por seus subcontratados e prepostos.

20.6. Caso qualquer uma das Partes venha a ser envolvida em alguma situação ligada a corrupção ou suborno, em decorrência de ação ou omissão praticada pela outra Parte ou seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, empregados e prestadores de serviços, inclusive seus subcontratados e prepostos, a Parte causadora da referida situação se compromete a assumir o respectivo ônus, inclusive quanto a apresentar os documentos que possam auxiliar a outra Parte em sua defesa.

20.7. A **CONTRATANTE** DECLARA, sob as penas da Lei, conhecer, cumprir e exigir o cumprimento da Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) e demais normas pertinentes ao tema, bem como do “Código de Conduta Ética” da **CONTRATANTE**, este disponível no endereço eletrônico <https://bbdental.com.br/documentos-e-comunicados-importantes/>, na área de “documentos e comunicados importantes”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. A **CONTRATADA**, na qualidade de operadora de planos de assistência exclusivamente odontológicos, está sujeita as disposições do Código de Ética Odontológica e as normas dos Conselhos de Odontologia.

21.2. Por se tratar de Plano Coletivo Empresarial, a **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer plenamente ao seu Grupo de Beneficiários, todos os direitos e obrigações oriundos do presente Contrato, bem como disponibilizar o Guia de Leitura Contratual – GLC (Anexo VII) e Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS

(Anexo VIII) em meio digital, juntamente com o Cartão virtual de Identificação do Beneficiário Titular.

21.3. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato e na correspondência que complementarmente vier a ser trocada entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** nesse sentido.

21.4. Não será permitido à **CONTRATANTE**, durante a vigência do presente Contrato, contratar um novo Plano Odontológico com outra operadora para os seus Beneficiários.

21.5. A **CONTRATADA** tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de Prestadores integrantes de sua Rede Credenciada, modificações estas que deverão disponibilizadas à **CONTRATANTE**.

21.6. A não execução imediata de qualquer dos direitos previstos no presente Contrato, por qualquer das partes, não será entendida como transação, novação e/ou renúncia de direitos, mas apenas e tão somente como ato de tolerância.

21.7. Caso o **CONTRATANTE** desista do Contrato, até 7 (sete) dias após a entrega protocolada da Proposta Admissão à **CONTRATADA**, a contribuição mensal paga antecipadamente será restituída pela **CONTRATADA**, atualizada monetariamente pelo IPCA-IBGE, calculado, pro rata die, da data da contratação até o dia da efetiva restituição, deduzido o valor dos tributos pagos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA UTILIZAÇÃO DA MARCA

22.1. A **CONTRATANTE**, desde já, e a título gratuito, autoriza a **CONTRATADA** a utilizar, durante a vigência deste Contrato, o seu nome e logotipo em materiais publicitários que façam citação à **CONTRATANTE** como pertencentes ao portfólio de clientes da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DO FORO

23.1. Fica eleito o Foro do domicílio da **CONTRATANTE**, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas deste Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DA ASSINATURA ELETRONICA

24.1. Em caso de assinatura eletrônica que utilize certificado não emitido pelo ICP-Brasil, as partes concordam e reconhecem que tal forma de assinatura será admitida para comprovação de autoria e integridade deste documento, tornando este documento apto e válido para todos os seus fins de direito, na forma permitida pelo artigo 10 da Medida Provisória nº 2200-2/2001, em vigor no Brasil nesta data, desde que seja possível a verificação pelas partes quanto à certificação utilizada, o que somente será confirmado com a aposição da assinatura e consequente devolução do presente documento, sem necessidade de qualquer outra formalização entre as partes neste sentido.

ANEXO I -Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol

ROL MINIMO		
Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Cirurgia	81.000.197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
Cirurgia	81.000.200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
Cirurgia	81.000.219	Diagnóstico e tratamento de halitose
Cirurgia	81.000.235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia
Cirurgia	82.000.034	Alveoplastia
Cirurgia	82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.069	Amputação radicular sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.190	Aprofundamento/aumento de vestibulo
Cirurgia	82.000.280	Biópsia de maxila
Cirurgia	82.000.298	Bridectomia
Cirurgia	82.000.301	Bridotomia
Cirurgia	82.000.352	Cirurgia para exostose maxilar
Cirurgia	82.000.360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral
Cirurgia	82.000.387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral
Cirurgia	82.000.395	Cirurgia para torus palatino
Cirurgia	82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.000.557	Cunha proximal
Cirurgia	82.000.743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar
Cirurgia	82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos
Cirurgia	82.000.794	Exérese ou excisão de mucocele
Cirurgia	82.000.808	Exérese ou excisão de rânula
Cirurgia	82.000.816	Exodontia a retalho
Cirurgia	82.000.832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
Cirurgia	82.000.859	Exodontia de raiz residual
Cirurgia	82.000.875	Exodontia simples de permanente
Cirurgia	82.000.883	Frenulectomia labial
Cirurgia	82.000.891	Frenulectomia lingual
Cirurgia	82.000.905	Frenulotomia labial
Cirurgia	82.000.913	Frenulotomia lingual
Cirurgia	82.001.073	Odonto-seção
Cirurgia	82.001.103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
Cirurgia	82.001.189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
Cirurgia	82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados
Cirurgia	82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
Cirurgia	82.001.367	Remoção de odontoma
Cirurgia	82.001.510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
Cirurgia	82.001.529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
Cirurgia	82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução
Cirurgia	82.001.707	Ulectomia
Cirurgia	82.001.715	Ulotomia
Dentística	85.100.013	Capeamento pulpar direto
Dentística	85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável
Dentística	85.100.099	Restauração de amálgama - 1 face

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANEXO I - Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol

ROL MINIMO

Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Dentística	85.100.102	Restauração de amálgama - 2 faces
Dentística	85.100.110	Restauração de amálgama - 3 faces
Dentística	85.100.129	Restauração de amálgama - 4 faces
Dentística	85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face
Dentística	85.100.145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
Dentística	85.100.153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
Dentística	85.100.161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
Dentística	85.100.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
Dentística	85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
Dentística	85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
Dentística	85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
Dentística	85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo
Dentística	85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
Dentística	85.400.505	Remoção de trabalho protético
Diagnóstico	81.000.030	Consulta odontológica
Diagnóstico	81.000.065	Consulta odontológica inicial
Diagnóstico	81.000.111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
Diagnóstico	82.000.506	Controle pós-operatório em odontologia
Emergência	81.000.049	Consulta odontológica de Urgência
Emergência	81.000.057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs
Emergência	82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.000.484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
Emergência	82.001.251	Reimplante dentário com contenção
Emergência	82.001.308	Remoção de dreno extra-oral
Emergência	82.001.316	Remoção de dreno intra-oral
Emergência	82.001.499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.650	Tratamento de alveolite
Emergência	85.100.048	Colagem de fragmentos dentários
Emergência	85.200.034	Pulpectomia
Emergência	85.200.085	Restauração temporária / tratamento expectante
Emergência	85.300.080	Tratamento de pericoronarite
Emergência	85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos
Emergência	85.400.475	Reembasamento de coroa provisória
Endodontia	85.100.056	Curativo de demora em endodontia
Endodontia	85.200.026	Preparo para núcleo intrarradicular
Endodontia	85.200.042	Pulpotomia
Endodontia	85.200.050	Remoção de corpo estranho intracanal
Endodontia	85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
Endodontia	85.200.077	Remoção de núcleo intrarradicular
Endodontia	85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular
Endodontia	85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular
Endodontia	85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular
Endodontia	85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica
Endodontia	85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
Endodontia	85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular
Endodontia	85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular
Endodontia	85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular

ANEXO I - Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol

ROL MINIMO		
Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Odontopediatria	81.000.014	Condicionamento em Odontologia
Odontopediatria	82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
Odontopediatria	83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.089	Exodontia simples de decíduo
Odontopediatria	83.000.127	Pulpotomia em Dente Decíduo
Odontopediatria	83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo
Odontopediatria	84.000.031	Aplicação de carióstático
Odontopediatria	84.000.058	Aplicação de selante - técnica invasiva
Odontopediatria	84.000.074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras
Odontopediatria	84.000.112	Aplicação tópica de verniz fluoretado
Odontopediatria	84.000.171	Controle de cárie incipiente
Odontopediatria	84.000.201	Remineralização
Odontopediatria	85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente
Odontopediatria	87.000.032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
Odontopediatria	87.000.040	Coroa de acetato em dente permanente
Odontopediatria	87.000.059	Coroa de aço em dente permanente
Odontopediatria	87.000.067	Coroa de policarbonato em dente permanente
Odontopediatria	87.000.148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
Periodontia	82.000.026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
Periodontia	82.000.212	Aumento de coroa clínica
Periodontia	82.000.336	Cirurgia odontológica a retalho
Periodontia	82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho
Periodontia	82.000.662	Enxerto gengival livre
Periodontia	82.000.689	Enxerto pediculado
Periodontia	82.000.921	Gengivectomia
Periodontia	82.000.948	Gengivoplastia
Periodontia	85.000.787	Imobilização dentária em dentes decíduos
Periodontia	85.300.012	Dessensibilização dentária
Periodontia	85.300.020	Imobilização dentária em dentes permanentes
Periodontia	85.300.039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
Periodontia	85.300.047	Raspagem supra-gengival
Periodontia	85.300.055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
Periodontia	85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo
Periodontia	85.300.071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA
Periodontia	82.001.685	Tunelização
Prevenção	84.000.090	Aplicação tópica de flúor
Prevenção	84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal
Prevenção	84.000.163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
Prevenção	84.000.198	Profilaxia: polimento coronário
Prevenção	84.000.252	Teste de PH salivar
Prevenção	87.000.016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
Prevenção	87.000.024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
Prótese Dentária	85.400.076	Coroa provisória com pino
Prótese Dentária	85.400.084	Coroa provisória sem pino
Prótese Dentária	85.400.114	Coroa total em cerômero
Prótese Dentária	85.400.149	Coroa total metálica
Prótese Dentária	85.400.211	Núcleo de preenchimento
Prótese Dentária	85.400.220	Núcleo metálico fundido
Prótese Dentária	85.400.262	Pino pré fabricado
Prótese Dentária	85.400.459	Provisório para Restauração metálica fundida
Prótese Dentária	85.400.556	Restauração metálica fundida

ANEXO I -Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol

ROL MINIMO		
Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Radiologia	81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)
Radiologia	81.000.375	Radiografia interproximal - bite-wing
Radiologia	81.000.383	Radiografia oclusal
Radiologia	81.000.405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
Radiologia	81.000.421	Radiografia periapical

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANEXO II – Tabela de procedimentos cobertos – Extra Rol Plano Integral – ANS: 471.861/14-5

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

INTEGRAL

Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Cirurgia	00.000.008	Consulta de Especialista em Estomatologia
Cirurgia	00.000.028	Remoção de corpo estranho no seio maxilar
Cirurgia	00.000.063	Redução de Tuberosidade
Cirurgia	81.000.197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
Cirurgia	81.000.200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
Cirurgia	81.000.219	Diagnóstico e tratamento de halitose
Cirurgia	81.000.235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia
Cirurgia	82.000.034	Alveoloplastia
Cirurgia	82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.069	Amputação radicular sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.190	Aprofundamento/aumento de vestibulo
Cirurgia	82.000.280	Biópsia de maxila
Cirurgia	82.000.298	Bridectomia
Cirurgia	82.000.301	Bridotomia
Cirurgia	82.000.344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
Cirurgia	82.000.352	Cirurgia para exostose maxilar
Cirurgia	82.000.360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral
Cirurgia	82.000.387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral
Cirurgia	82.000.395	Cirurgia para torus palatino
Cirurgia	82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.000.557	Cunha proximal
Cirurgia	82.000.743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar
Cirurgia	82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos
Cirurgia	82.000.794	Exérese ou excisão de mucocele
Cirurgia	82.000.808	Exérese ou excisão de rânula
Cirurgia	82.000.816	Exodontia a retalho
Cirurgia	82.000.832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
Cirurgia	82.000.859	Exodontia de raiz residual
Cirurgia	82.000.875	Exodontia simples de permanente
Cirurgia	82.000.883	Frenulectomia labial
Cirurgia	82.000.891	Frenulectomia lingual
Cirurgia	82.000.905	Frenulotomia labial
Cirurgia	82.000.913	Frenulotomia lingual
Cirurgia	82.001.073	Odonto-secção
Cirurgia	82.001.103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
Cirurgia	82.001.189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
Cirurgia	82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados
Cirurgia	82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
Cirurgia	82.001.367	Remoção de odontoma
Cirurgia	82.001.502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
Cirurgia	82.001.510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
Cirurgia	82.001.529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
Cirurgia	82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução
Cirurgia	82.001.707	Ulectomia
Cirurgia	82.001.715	Ulotomia

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO II – Tabela de procedimentos cobertos – Extra Rol Plano Integral – ANS: 471.861/14-5

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

INTEGRAL

Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Dentística	00.000.033	Núcleo de preenchimento para restauração
Dentística	00.000.051	Restauração de pino
Dentística	85.100.013	Capeamento pulpar direto
Dentística	85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável
Dentística	85.100.099	Restauração de amálgama - 1 face
Dentística	85.100.102	Restauração de amálgama - 2 faces
Dentística	85.100.110	Restauração de amálgama - 3 faces
Dentística	85.100.129	Restauração de amálgama - 4 faces
Dentística	85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face
Dentística	85.100.145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
Dentística	85.100.153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
Dentística	85.100.161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
Dentística	85.100.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
Dentística	85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
Dentística	85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
Dentística	85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
Dentística	85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo
Dentística	85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
Dentística	85.400.505	Remoção de trabalho protético
Diagnóstico	81.000.030	Consulta odontológica
Diagnóstico	81.000.065	Consulta odontológica inicial
Diagnóstico	81.000.111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
Diagnóstico	82.000.506	Controle pós-operatório em odontologia
Emergência	81.000.049	Consulta odontológica de Urgência
Emergência	81.000.057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs
Emergência	82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.000.484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
Emergência	82.001.251	Reimplante dentário com contenção
Emergência	82.001.308	Remoção de dreno extra-oral
Emergência	82.001.316	Remoção de dreno intra-oral
Emergência	82.001.499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM
Emergência	82.001.650	Tratamento de alveolite
Emergência	85.100.048	Colagem de fragmentos dentários
Emergência	85.200.034	Pulpectomia
Emergência	85.200.085	Restauração temporária / tratamento expectante
Emergência	85.300.080	Tratamento de pericoronarite
Emergência	85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos
Emergência	85.400.475	Reembasamento de coroa provisória
Endodontia	85.100.056	Curativo de demora em endodontia
Endodontia	85.200.018	Clareamento de dente desvitalizado
Endodontia	85.200.026	Preparo para núcleo intrarradicular
Endodontia	85.200.042	Pulpotomia
Endodontia	85.200.050	Remoção de corpo estranho intracanal
Endodontia	85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
Endodontia	85.200.077	Remoção de núcleo intrarradicular
Endodontia	85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular
Endodontia	85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular
Endodontia	85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular
Endodontia	85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica
Endodontia	85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO II – Tabela de procedimentos cobertos – Extra Rol Plano Integral – ANS: 471.861/14-5

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

INTEGRAL

Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Endodontia	85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular
Endodontia	85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular
Endodontia	85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular
Estética	81.000.090	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro
Odontologia Legal	81.000.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria
Odontopediatria	85.100.242	Adequação do meio bucal
Odontopediatria	81.000.014	Condicionamento em Odontologia
Odontopediatria	82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
Odontopediatria	83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.089	Exodontia simples de decíduo
Odontopediatria	83.000.097	Mantenedor de espaço fixo
Odontopediatria	83.000.100	Mantenedor de espaço removível
Odontopediatria	83.000.127	Pulpotomia em Dente Decíduo
Odontopediatria	83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo
Odontopediatria	84.000.031	Aplicação de carióstático
Odontopediatria	84.000.058	Aplicação de selante - técnica invasiva
Odontopediatria	84.000.074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras
Odontopediatria	84.000.112	Aplicação tópica de verniz fluoretado
Odontopediatria	84.000.171	Controle de cárie incipiente
Odontopediatria	84.000.201	Remineralização
Odontopediatria	85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente
Odontopediatria	87.000.032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
Odontopediatria	87.000.040	Coroa de acetato em dente permanente
Odontopediatria	87.000.059	Coroa de aço em dente permanente
Odontopediatria	87.000.067	Coroa de policarbonato em dente permanente
Odontopediatria	87.000.148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
Periodontia	00.000.009	Consulta de Especialista em Periodontia
Periodontia	85.300.098	Manutenção Periodontal
Periodontia	82.000.026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
Periodontia	82.000.212	Aumento de coroa clínica
Periodontia	82.000.336	Cirurgia odontológica a retalho
Periodontia	82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho
Periodontia	82.000.646	Enxerto conjuntivo subepitelial
Periodontia	82.000.662	Enxerto gengival livre
Periodontia	82.000.689	Enxerto pediculado
Periodontia	82.000.921	Gengivectomia
Periodontia	82.000.948	Gengivoplastia
Periodontia	82.001.464	Sepultamento radicular
Periodontia	85.000.787	Imobilização dentária em dentes decíduos
Periodontia	85.300.012	Dessensibilização dentária
Periodontia	85.300.020	Imobilização dentária em dentes permanentes
Periodontia	85.300.039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
Periodontia	85.300.047	Raspagem supra-gengival
Periodontia	85.300.055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
Periodontia	85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo
Periodontia	85.300.071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA
Periodontia	82.001.685	Tunelização
Prevenção	84.000.090	Aplicação tópica de flúor
Prevenção	84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal
Prevenção	84.000.163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
Prevenção	84.000.198	Profilaxia: polimento coronário
Prevenção	84.000.228	Teste de capacidade tampão da saliva
Prevenção	84.000.236	Teste de contagem microbiológica
Prevenção	84.000.252	Teste de PH salivar
Prevenção	87.000.016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
Prevenção	87.000.024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
Prótese Dentária	85.400.076	Coroa provisória com pino

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO II – Tabela de procedimentos cobertos – Extra Rol Plano Integral – ANS: 471.861/14-5

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

INTEGRAL		
Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Prótese Dentária	85.400.084	Coroa provisória sem pino
Prótese Dentária	85.400.092	Coroa total acrílica prensada
Prótese Dentária	85.400.114	Coroa total em cerômero
Prótese Dentária	85.400.149	Coroa total metálica
Prótese Dentária	85.400.211	Núcleo de preenchimento
Prótese Dentária	85.400.220	Núcleo metálico fundido
Prótese Dentária	85.400.262	Pino pré fabricado
Prótese Dentária	85.400.459	Provisório para Restauração metálica fundida
Prótese Dentária	85.400.556	Restauração metálica fundida
Radiologia	81.000.570	Técnica de Localização radiográfica
Radiologia	00.000.061	Panorâmica Especial para ATM
Radiologia	81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)
Radiologia	81.000.340	Radiografia da ATM
Radiologia	81.000.367	Radiografia da mão e punho - carpal
Radiologia	81.000.375	Radiografia interproximal - bite-wing
Radiologia	81.000.383	Radiografia oclusal
Radiologia	81.000.405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
Radiologia	81.000.413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
Radiologia	81.000.421	Radiografia periapical
Radiologia	81.000.472	Telerradiografia
Radiologia	81.000.480	Telerradiografia com traçado cefalométrico
Radiologia	00.900.007	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO II – Tabela de procedimentos cobertos – Extra Rol Plano Supremo – ANS: 471.860/14-7

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

SUPREMO EXTRA ROL		
Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Cirurgia	00.000.008	Consulta de Especialista em Estomatologia
Cirurgia	00.000.028	Remoção de corpo estranho no seio maxilar
Cirurgia	00.000.063	Redução de Tuberosidade
Cirurgia	82.000.344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
Cirurgia	82.001.502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
Dentística	00.000.033	Núcleo de preenchimento para restauração
Dentística	00.000.051	Restauração de pino
Emergência	82.001.642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM
Endodontia	85.200.018	Clareamento de dente desvitalizado
Estética	81.000.090	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro
Estética	85.100.072	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro
Odontologia Legal	81.000.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria
Odontopediatria	85.100.242	Adequação do meio bucal
Odontopediatria	83.000.097	Mantenedor de espaço fixo
Odontopediatria	83.000.100	Mantenedor de espaço removível
Ortodontia	00.000.014	Estudo e Planejamento Ortodôntico
Ortodontia	00.000.064	Ortodontia Móvel / Aparelhos móveis
Ortodontia	00.000.065	Recuperador de Espaço
Ortodontia	85.400.270	Placa oclusal resiliente
Ortodontia	86.000.055	Aparelho extra-bucal
Ortodontia	86.000.063	Aparelho ortodôntico fixo estético
Ortodontia	86.000.080	Aparelho ortodôntico fixo estético parcial
Ortodontia	86.000.098	Aparelho ortodôntico fixo metálico
Ortodontia	86.000.110	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial
Ortodontia	86.000.128	Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler
Ortodontia	86.000.144	Arco lingual
Ortodontia	86.000.152	Barra transpalatina fixa
Ortodontia	86.000.160	Barra transpalatina removível
Ortodontia	86.000.195	Botão de Nance
Ortodontia	86.000.209	Contenção fixa - por arcada
Ortodontia	86.000.225	Disjuntor palatino - Hirax
Ortodontia	86.000.233	Disjuntor palatino - Macnamara
Ortodontia	86.000.241	Distalizador com mola nitinol
Ortodontia	86.000.250	Distalizador de Hilgers
Ortodontia	86.000.268	Distalizador Distal Jet
Ortodontia	86.000.276	Distalizador Pendulo/Pendex
Ortodontia	86.000.284	Distalizador tipo Jones Jig
Ortodontia	86.000.306	Gianelly
Ortodontia	86.000.314	Grade palatina fixa
Ortodontia	86.000.322	Grade palatina removível
Ortodontia	86.000.357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo
Ortodontia	86.000.365	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico
Ortodontia	86.000.373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível
Ortodontia	86.000.390	Mentoneira
Ortodontia	86.000.454	Placa de distalização de molares
Ortodontia	86.000.462	Placa de Hawley
Ortodontia	86.000.470	Placa de Hawley - com torno expansor
Ortodontia	86.000.489	Placa de mordida ortodôntica
Ortodontia	86.000.500	Placa de verticalização de caninos
Ortodontia	86.000.527	Placa encapsulada de Maurício
Ortodontia	86.000.535	Placa lábio-ativa
Ortodontia	86.000.543	Plano anterior fixo
Ortodontia	86.000.551	Plano inclinado
Ortodontia	86.000.560	Quadrilhélice
Ortopedia Funcional dos	86.000.020	Aparelho de Klammt
Ortopedia Funcional dos	86.000.047	Aparelho de Thurow
Ortopedia Funcional dos	86.000.039	Apm (aparelho de protração mandibular (ortodontia))
Ortopedia Funcional dos	86.000.179	Bionator de Balters
Ortopedia Funcional dos	86.000.187	Blocos geminados de Clark – twinblock
Ortopedia Funcional dos	86.000.330	Herbst encapsulado
Ortopedia Funcional dos	86.000.381	Máscara facial – Delaire e Tração Reversa
Ortopedia Funcional dos	86.000.403	Modelador elástico de Bimler
Ortopedia Funcional dos	86.000.411	Monobloco
Ortopedia Funcional dos	86.000.438	Pistas diretas de Planas - superior e inferior
Ortopedia Funcional dos	86.000.446	Pistas indiretas de Planas
Ortopedia Funcional dos	86.000.519	Placa dupla de Sanders

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO II – Tabela de procedimentos cobertos – Extra Rol Plano Supremo – ANS: 471.860/14-7

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

SUPREMO EXTRA ROL		
Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Ortopedia Funcional dos	86.000.578	Regulador de função de Frankel
Ortopedia Funcional dos	86.000.586	Simões Network
Ortopedia Funcional dos	86.000.594	Splinter
Periodontia	00.000.009	Consulta de Especialista em Periodontia
Periodontia	85.300.098	Manutenção Periodontal
Periodontia	82.000.646	Enxerto conjuntivo subepitelial
Periodontia	82.001.464	Sepultamento radicular
Prevenção	84.000.228	Teste de capacidade tampão da saliva
Prevenção	84.000.236	Teste de contagem microbiológica
Prótese Dentária	00.000.010	Consulta de Especialista em Prótese
Prótese Dentária	85.400.572	Coroa 3/4 ou 4/5
Prótese Dentária	00.000.047	Laminado em resina
Prótese Dentária	00.000.050	Coroa Veneer
Prótese Dentária	85.100.170	Restauração em resina (indireta) - Inlay
Prótese Dentária	85.400.238	Onlay de Resina Indireta
Prótese Dentária	85.400.033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)
Prótese Dentária	85.400.050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)
Prótese Dentária	85.400.092	Coroa total acrílica prensada
Prótese Dentária	85.400.106	Coroa total em cerâmica pura
Prótese Dentária	85.400.157	Coroa total metalo cerâmica
Prótese Dentária	85.400.165	Coroa total metalo plástica – cerômero
Prótese Dentária	85.400.173	Coroa total metalo plástica – resina acrílica
Prótese Dentária	85.400.181	Faceta em cerâmica pura
Prótese Dentária	85.400.190	Faceta em cerômero
Prótese Dentária	85.400.246	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)
Prótese Dentária	85.400.297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)
Prótese Dentária	85.400.300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica
Prótese Dentária	85.400.319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica
Prótese Dentária	85.400.327	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)
Prótese Dentária	85.400.335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica
Prótese Dentária	85.400.343	Prótese parcial fixa em metalo plástica
Prótese Dentária	85.400.351	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)
Prótese Dentária	85.400.360	Prótese parcial fixa provisória
Prótese Dentária	85.400.378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão
Prótese Dentária	85.400.386	Prótese parcial removível com grampos bilateral
Prótese Dentária	85.400.394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos
Prótese Dentária	85.400.408	Prótese total
Prótese Dentária	85.400.416	Prótese total imediata
Prótese Dentária	85.400.424	Prótese total incolor
Prótese Dentária	85.400.483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)
Prótese Dentária	85.400.491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)
Prótese Dentária	85.400.513	Restauração em cerâmica pura - inlay
Prótese Dentária	00.900.032	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free) e Consulta
Prótese Dentária	85.400.521	Restauração em cerâmica pura - onlay
Prótese Dentária	85.400.530	Restauração em cerômero - onlay
Prótese Dentária	85.400.548	Restauração em cerômero - inlay
Radiologia	81.000.570	Técnica de Localização radiográfica
Radiologia	00.000.060	Discrepância de Modelos
Radiologia	00.000.061	Panorâmica Especial para ATM
Radiologia	00.000.062	Modelos de Trabalho
Radiologia	81.000.278	Fotografia
Radiologia	81.000.308	Modelos ortodônticos
Radiologia	81.000.340	Radiografia da ATM
Radiologia	81.000.367	Radiografia da mão e punho - carpal
Radiologia	81.000.413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
Radiologia	81.000.456	Slide
Radiologia	81.000.472	Telerradiografia
Radiologia	81.000.480	Telerradiografia com traçado cefalométrico
Radiologia	81.000.529	Tomografia convencional – linear ou multi-direcional
Radiologia	81.000.537	Traçado Cefalométrico
Radiologia	00.900.002	Documentação ortodôntica básica: radiografia panorâmica básica, tele com traçado e modelos ortodônticos
Radiologia	00.900.003	Documentação ortodôntica completa: radiografia panorâmica básica, tele com traçado, modelos ortodônticos, 7 fotos ou slides e análise cefalométrica extra)
Radiologia	00.900.004	Documentação ortodôntica Especial : Documentação ortodôntica completa mais tele frontal, traçado frontal e análise de erupção de 3º molares)
Radiologia	00.900.005	Documentação ortodôntico ortopédica : panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de modelos, caixa p/ modelos, pasta, mão e punho (índice carpal), fotos (2 extra, 3 intra bucais, perfil e lateralidade) ou slides (máximo 9)

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO II – Tabela de procedimentos cobertos – Extra Rol Plano Supremo – ANS: 471.860/14-7

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

SUPREMO EXTRA ROL		
Descrição da Especialidade	Evento	Descrição do Evento
Radiologia	00.900.006	Documentação ortodôntica de controle: panorâmica com 5 fotos (2 extra-bucais, 3 intra-bucais)
Radiologia	00.900.007	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)
Radiologia	00.900.008	Panorâmica + modelos ortodônticos

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	Qtd UO Reembolso
81.000.197	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	29,16
81.000.200	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	29,16
81.000.219	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de halitose	29,16
81.000.235	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	29,16
82.000.034	Cirurgia	Alveoloplastia	112,35
82.000.050	Cirurgia	Amputação radicular com obturação retrógrada	226,14
82.000.069	Cirurgia	Amputação radicular sem obturação retrógrada	211,94
82.000.077	Cirurgia	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	186,65
82.000.085	Cirurgia	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	186,65
82.000.158	Cirurgia	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	186,65
82.000.166	Cirurgia	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	186,65
82.000.174	Cirurgia	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	163,31
82.000.182	Cirurgia	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	163,31
82.000.190	Cirurgia	Aprofundamento/aumento de vestibulo	116,65
82.000.280	Cirurgia	Biópsia de maxila	46,66
82.000.298	Cirurgia	Bridectomia	217,00
82.000.301	Cirurgia	Bridotomia	217,00
82.000.344	Cirurgia	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	250,00
82.000.352	Cirurgia	Cirurgia para exostose maxilar	116,65
82.000.360	Cirurgia	Cirurgia para torus mandibular bilateral	116,65
82.000.387	Cirurgia	Cirurgia para torus mandibular unilateral	116,65
82.000.395	Cirurgia	Cirurgia para torus palatino	116,65
82.000.441	Cirurgia	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	46,66
82.000.557	Cirurgia	Cunha proximal	30,86
82.000.743	Cirurgia	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	365,00
82.000.778	Cirurgia	Exérese ou excisão de cálculo salivar	46,66
82.000.786	Cirurgia	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	139,99
82.000.794	Cirurgia	Exérese ou excisão de mucocele	196,00
82.000.808	Cirurgia	Exérese ou excisão de rânula	848,00
82.000.816	Cirurgia	Exodontia a retalho	72,91
82.000.832	Cirurgia	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	46,66
82.000.859	Cirurgia	Exodontia de raiz residual	58,33
82.000.875	Cirurgia	Exodontia simples de permanente	46,66
82.000.883	Cirurgia	Frenulectomia labial	46,66
82.000.891	Cirurgia	Frenulectomia lingual	46,66
82.000.905	Cirurgia	Frenulotomia labial	46,66
82.000.913	Cirurgia	Frenulotomia lingual	46,66
82.001.073	Cirurgia	Odonto-seção	142,00
82.001.103	Cirurgia	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	46,66
82.001.170	Cirurgia	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	540,00
82.001.189	Cirurgia	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	300,00
82.001.286	Cirurgia	Remoção de dentes inclusos / impactados	373,30
82.001.294	Cirurgia	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	233,30
82.001.367	Cirurgia	Remoção de odontoma	365,00
82.001.502	Cirurgia	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	373,30
82.001.510	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	440,00
82.001.529	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	440,00
82.001.545	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial	217,00
82.001.553	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	46,66
82.001.588	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	46,66
82.001.596	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	410,00
82.001.618	Cirurgia	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	365,00
82.001.634	Cirurgia	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	470,00
82.001.707	Cirurgia	Ulectomia	30,86
82.001.715	Cirurgia	Ulotomia	30,86
00.000.008	Cirurgia	Consulta de Especialista em Estomatologia	29,16
00.000.028	Cirurgia	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	440,00
00.000.063	Cirurgia	Redução de Tuberosidade	116,65
81.000.090	Dentística	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	172,00
85.100.013	Dentística	Capeamento pulpar direto	19,83
85.100.064	Dentística	Faceta direta em resina fotopolimerizável	178,40
85.100.099	Dentística	Restauração de amálgama - 1 face	47,80
85.100.102	Dentística	Restauração de amálgama - 2 faces	58,33
85.100.110	Dentística	Restauração de amálgama - 3 faces	68,24

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	Qtd UO Reembolso
85.100.129	Dentística	Restauração de amálgama - 4 faces	78,16
85.100.137	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	47,80
85.100.145	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	58,33
85.100.153	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	68,24
85.100.161	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	68,24
85.100.196	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	48,50
85.100.200	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	70,22
85.100.218	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	92,26
85.100.226	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	92,26
85.400.017	Dentística	Ajuste Oclusal por acréscimo	29,16
85.400.025	Dentística	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	29,16
85.400.505	Dentística	Remoção de trabalho protético	42,00
00.000.033	Dentística	Núcleo de preenchimento para restauração	93,60
00.000.051	Dentística	Restauração de pino	95,69
81.000.030	Diagnóstico	Consulta odontológica	29,16
81.000.065	Diagnóstico	Consulta odontológica inicial	29,16
81.000.111	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	210,00
81.000.138	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	210,00
81.000.154	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	210,00
81.000.170	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	210,00
81.000.189	Diagnóstico	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	29,16
82.000.506	Diagnóstico	Controle pós-operatório em odontologia	29,16
81.000.049	Emergência	Consulta odontológica de Urgência	39,08
81.000.057	Emergência	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	39,08
82.000.468	Emergência	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	39,08
82.000.484	Emergência	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	39,08
82.001.022	Emergência	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	39,08
82.001.030	Emergência	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	39,08
82.001.197	Emergência	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	39,08
82.001.251	Emergência	Reimplante dentário com contenção	39,08
82.001.308	Emergência	Remoção de dreno extra-oral	39,08
82.001.316	Emergência	Remoção de dreno intra-oral	39,08
82.001.499	Emergência	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	39,08
82.001.642	Emergência	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	39,08
82.001.650	Emergência	Tratamento de alveolite	39,08
85.100.048	Emergência	Colagem de fragmentos dentários	39,08
85.200.034	Emergência	Pulpectomia	39,08
85.200.085	Emergência	Restauração temporária / tratamento expectante	39,08
85.300.080	Emergência	Tratamento de pericoronarite	39,08
85.400.467	Emergência	Recimentação de trabalhos protéticos	39,08
85.400.475	Emergência	Reembasamento de coroa provisória	39,08
85.100.056	Endodontia	Curativo de demora em endodontia	62,79
85.200.018	Endodontia	Clareamento de dente desvitalizado	58,33
85.200.026	Endodontia	Preparo para núcleo intrarradicular	39,00
85.200.042	Endodontia	Pulpotomia	91,00
85.200.050	Endodontia	Remoção de corpo estranho intracanal	86,50
85.200.069	Endodontia	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	86,50
85.200.077	Endodontia	Remoção de núcleo intrarradicular	67,00
85.200.093	Endodontia	Retratamento endodôntico birradicular	461,70
85.200.107	Endodontia	Retratamento endodôntico multirradicular	653,20
85.200.115	Endodontia	Retratamento endodôntico unirradicular	287,60
85.200.123	Endodontia	Tratamento de perfuração endodôntica	86,50
85.200.131	Endodontia	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	62,79
85.200.140	Endodontia	Tratamento endodôntico birradicular	288,70
85.200.158	Endodontia	Tratamento endodôntico multirradicular	393,70
85.200.166	Endodontia	Tratamento endodôntico unirradicular	201,20
81.000.073	Odontologia Legal	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	29,16
81.000.014	Odontopediatria	Condicionamento em Odontologia	29,16
82.000.700	Odontopediatria	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	29,16
83.000.020	Odontopediatria	Coroa de acetato em dente decíduo	89,20
83.000.046	Odontopediatria	Coroa de aço em dente decíduo	300,00
83.000.062	Odontopediatria	Coroa de policarbonato em dente decíduo	300,00
83.000.089	Odontopediatria	Exodontia simples de decíduo	46,66
83.000.097	Odontopediatria	Mantenedor de espaço fixo	192,21
83.000.100	Odontopediatria	Mantenedor de espaço removível	192,21

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso



Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	Qtd UO Reembolso
83.000.127	Odontopediatria	Pulpotomia em Dente Decíduo	91,00
83.000.135	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente decíduo	19,83
83.000.151	Odontopediatria	Tratamento endodôntico em dente decíduo	117,20
84.000.031	Odontopediatria	Aplicação de cariostático	19,83
84.000.058	Odontopediatria	Aplicação de selante - técnica invasiva	19,83
84.000.074	Odontopediatria	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	19,83
84.000.112	Odontopediatria	Aplicação tópica de verniz fluoretado	14,00
84.000.171	Odontopediatria	Controle de cárie incipiente	19,83
84.000.201	Odontopediatria	Remineralização	14,00
85.100.080	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente permanente	19,83
85.100.242	Odontopediatria	Adequação de Meio	19,83
87.000.032	Odontopediatria	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	29,16
87.000.040	Odontopediatria	Coroa de acetato em dente permanente	89,20
87.000.059	Odontopediatria	Coroa de aço em dente permanente	300,0
87.000.067	Odontopediatria	Coroa de policarbonato em dente permanente	300,0
87.000.148	Odontopediatria	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	29,2
85.400.270	Ortodontia	Placa oclusal resiliente	380,0
86.000.055	Ortodontia	Aparelho extra-bucal	827,9
86.000.098	Ortodontia	Aparelho ortodôntico fixo metálico	1427,2
86.000.110	Ortodontia	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	982,79
86.000.128	Ortodontia	Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler	525,35
86.000.144	Ortodontia	Arco lingual	323,52
86.000.152	Ortodontia	Barra transpalatina fixa	323,52
86.000.160	Ortodontia	Barra transpalatina removível	323,52
86.000.195	Ortodontia	Botão de Nance	323,52
86.000.209	Ortodontia	Contenção fixa - por arcada	220,00
86.000.225	Ortodontia	Disjuntor palatino - Hirax	970,58
86.000.233	Ortodontia	Disjuntor palatino - Macnamara	970,58
86.000.241	Ortodontia	Distalizador com mola nitinol	827,37
86.000.250	Ortodontia	Distalizador de Hilgers	406,31
86.000.268	Ortodontia	Distalizador Distal Jet	629,93
86.000.276	Ortodontia	Distalizador Pendulo/Pendex	406,31
86.000.284	Ortodontia	Distalizador tipo Jones Jig	629,93
86.000.306	Ortodontia	Gianelly	629,93
86.000.314	Ortodontia	Grade palatina fixa	629,93
86.000.322	Ortodontia	Grade palatina removível	508,13
86.000.357	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	121,25
86.000.365	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	121,25
86.000.373	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	121,25
86.000.390	Ortodontia	Mentoneira	629,93
86.000.454	Ortodontia	Placa de distalização de molares	629,93
86.000.462	Ortodontia	Placa de Hawley	525,35
86.000.470	Ortodontia	Placa de Hawley - com torno expensor	629,93
86.000.489	Ortodontia	Placa de mordida ortodôntica	380,00
86.000.500	Ortodontia	Placa de verticalização de caninos	629,93
86.000.527	Ortodontia	Placa encapsulada de Maurício	629,93
86.000.535	Ortodontia	Placa lábio-ativa	323,50
86.000.543	Ortodontia	Plano anterior fixo	406,31
86.000.551	Ortodontia	Plano inclinado	406,31
86.000.560	Ortodontia	Quadrihélice	837,37
00.000.014	Ortodontia	Estudo e Planejamento Ortodôntico	29,16
00.000.065	Ortodontia	Recuperador de Espaço	192,21
86.000.020	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Aparelho de Klammt	1427,17
86.000.047	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Aparelho de Thurow	1427,17
86.000.136	Ortopedia Funcional dos Maxilares	APM - Aparelho de Protração Mandibular	1665,22
86.000.179	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Bionator de Balters	1427,17
86.000.187	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Blocos geminados de Clark & Winblock	1427,17
86.000.330	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Herbst encapsulado	1665,22
86.000.381	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Máscara facial Delaire e Tração Reversa	827,85
86.000.403	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Modelador elástico de Bimler	1427,17
86.000.411	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Monobloco	1427,17
86.000.438	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Pistas diretas de Planas - superior e inferior	1427,17
86.000.446	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Pistas indiretas de Planas	1427,17
86.000.519	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Placa dupla de Sanders	1427,17
86.000.578	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Regulador de função de Frankel	1665,22

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	Qtd UO Reembolso
86.000.586	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Simões Network	1427,17
86.000.594	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Splinter	1427,17
82.000.026	Periodontia	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	57,30
82.000.212	Periodontia	Aumento de coroa clínica	139,00
82.000.336	Periodontia	Cirurgia odontológica a retalho	87,49
82.000.417	Periodontia	Cirurgia periodontal a retalho	130,65
82.000.646	Periodontia	Enxerto conjuntivo subepitelial	87,49
82.000.662	Periodontia	Enxerto gengival livre	87,49
82.000.689	Periodontia	Enxerto pediculado	87,49
82.000.921	Periodontia	Gengivectomia	139,00
82.000.948	Periodontia	Gengivoplastia	34,75
82.001.464	Periodontia	Sepultamento radicular	142,00
82.001.685	Periodontia	Tunelização	87,49
85.000.787	Periodontia	Imobilização dentária em dentes decíduos	79,91
85.300.012	Periodontia	Dessensibilização dentária	48,99
85.300.020	Periodontia	Imobilização dentária em dentes permanentes	79,91
85.300.039	Periodontia	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	76,47
85.300.047	Periodontia	Raspagem supra-gengival	55,10
85.300.055	Periodontia	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	63,62
85.300.063	Periodontia	Tratamento de abscesso periodontal agudo	39,08
85.300.071	Periodontia	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA	76,47
85.300.098	Periodontia	Manutenção Periodontal	32,40
00.000.009	Periodontia	Consulta de Especialista em Periodontia	58,32
84.000.090	Prevenção	Aplicação tópica de flúor	69,99
84.000.139	Prevenção	Atividade educativa em saúde bucal	35,00
84.000.163	Prevenção	Controle de biofilme (placa bacteriana)	40,43
84.000.198	Prevenção	Profilaxia: polimento coronário	32,40
84.000.228	Prevenção	Teste de capacidade tampão da saliva	29,16
84.000.236	Prevenção	Teste de contagem microbiológica	29,16
84.000.252	Prevenção	Teste de PH Salivar	29,16
87.000.016	Prevenção	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	35,00
87.000.024	Prevenção	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	35,00
85.100.072	Prótese Dentaria	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	60,00
85.100.170	Prótese Dentaria	Restauração em resina (indireta) - Inlay	314,51
85.400.033	Prótese Dentaria	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	58,33
85.400.050	Prótese Dentaria	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	58,33
85.400.076	Prótese Dentaria	Coroa provisória com pino	78,16
85.400.084	Prótese Dentaria	Coroa provisória sem pino	78,16
85.400.092	Prótese Dentaria	Coroa total acrílica prensada	243,22
85.400.106	Prótese Dentaria	Coroa total em cerâmica pura	476,53
85.400.114	Prótese Dentaria	Coroa total em cerômero (somente para dentes anteriores)*	459,29
85.400.149	Prótese Dentaria	Coroa total metálica	316,71
85.400.157	Prótese Dentaria	Coroa total metalo cerâmica	583,26
85.400.165	Prótese Dentaria	Coroa total metalo plástica cerômero	459,29
85.400.173	Prótese Dentaria	Coroa total metalo plástica resina acrílica	437,44
85.400.181	Prótese Dentaria	Faceta em cerâmica pura	476,53
85.400.190	Prótese Dentaria	Faceta em cerômero	375,24
85.400.211	Prótese Dentaria	Núcleo de preenchimento	145,81
85.400.220	Prótese Dentaria	Núcleo metálico fundido	145,81
85.400.246	Prótese Dentaria	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)	231,56
85.400.262	Prótese Dentaria	Pino pré fabricado	145,81
85.400.297	Prótese Dentaria	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	1414,17
85.400.300	Prótese Dentaria	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	734,91
85.400.319	Prótese Dentaria	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	587,93
85.400.327	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)	459,29
85.400.335	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	593,18
85.400.343	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa em metalo plástica	437,44
85.400.351	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	593,18
85.400.360	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa provisória	78,16
85.400.378	Prótese Dentaria	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	1152,00
85.400.386	Prótese Dentaria	Prótese parcial removível com grampos bilateral	474,19
85.400.394	Prótese Dentaria	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	231,56
85.400.408	Prótese Dentaria	Prótese total	593,18
85.400.416	Prótese Dentaria	Prótese total imediata	593,18

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	Qtd UO Reembolso
85.400.424	Prótese Dentaria	Prótese total incolor	692,34
85.400.459	Prótese Dentaria	Provisório para Restauração metálica fundida	78,16
85.400.483	Prótese Dentaria	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	194,81
85.400.491	Prótese Dentaria	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	194,81
85.400.513	Prótese Dentaria	Restauração em cerâmica pura - inlay	476,53
85.400.521	Prótese Dentaria	Restauração em cerâmica pura - onlay	476,53
85.400.530	Prótese Dentaria	Restauração em cerômero - onlay	375,24
85.400.548	Prótese Dentaria	Restauração em cerômero - inlay	375,24
85.400.556	Prótese Dentaria	Restauração metálica fundida	239,13
85.400.572	Prótese Dentaria	Coroa 3/4 ou 4/5	239,13
00.000.010	Prótese Dentaria	Consulta de Especialista em Prótese	29,16
00.000.047	Prótese Dentaria	Laminado em resina	314,51
00.000.050	Prótese Dentaria	Coroa Veneer	412,38
00.900.032	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free) e Consulta	583,26
81.000.278	Radiologia	Fotografia	11,00
81.000.294	Radiologia	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	138,30
81.000.308	Radiologia	Modelos ortodônticos	46,00
81.000.340	Radiologia	Radiografia da ATM	95,74
81.000.367	Radiologia	Radiografia da mão e punho - carpal	42,00
81.000.375	Radiologia	Radiografia interproximal - bite-wing	11,66
81.000.383	Radiologia	Radiografia oclusal	23,33
81.000.405	Radiologia	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	85,00
81.000.413	Radiologia	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	95,74
81.000.421	Radiologia	Radiografia periapical	9,91
81.000.456	Radiologia	Slide	11,00
81.000.472	Radiologia	Telerradiografia	95,74
81.000.480	Radiologia	Telerradiografia com Traçado cefalométrico	95,74
81.000.529	Radiologia	Tomografia convencional linear ou multi-direcional	324,00
81.000.537	Radiologia	Traçado Cefalométrico	32,00
81.000.570	Radiologia	Técnica de Localização radiográfica	95,00
00.000.060	Radiologia	Discrepância de Modelos	25,00
00.000.061	Radiologia	Panorâmica Especial para ATM	95,74
00.000.062	Radiologia	Modelos de Trabalho	34,00
00.900.002	Radiologia	Documentação ortodôntica básica: radiografia panorâmica básica, tele com traçado e modelos ortodôntico	90,00
00.900.003	Radiologia	Documentação ortodôntica completa: radiografia panorâmica básica, tele com traçado, modelos ortodôntico, 7 fotos ou slides e análise cefalométrica extra	319,15
00.900.004	Radiologia	Documentação Ortodôntica Especial (documentação ortodôntica completa mais telerradiografia frontal, traçado frontal e análise de erupção de 3º molares)	319,15
00.900.005	Radiologia	Documentação ortodôntica ortopédica: panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de modelos, caixa p/ modelos, pasta, mão e punho (índice carpal), fotos (2 extra, 3 intra bucais, perfil e lateralidade) OU slides (máximo 9)	159,00
00.900.006	Radiologia	Documentação ortodôntica de controle: panorâmica com 5 fotos (2 extra-bucais, 3 intra-bucais)	129,74
00.900.007	Radiologia	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)	159,00
00.900.008	Radiologia	Panorâmica + modelos ortodônticos	129,74

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO IV - Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	QT Periodicidade Entre Eventos (Meses)	Observações sobre a operação dos eventos
81.000.197	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	6	Autorização Especial
81.000.200	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	6	Autorização Especial
81.000.219	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de halitose	6	Autorização Especial
81.000.235	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	6	Autorização Especial
82.000.034	Cirurgia	Alveoplastia	Evento Único	-
82.000.050	Cirurgia	Amputação radicular com obturação retrógrada	Evento Único	-
82.000.069	Cirurgia	Amputação radicular sem obturação retrógrada	Evento Único	-
82.000.077	Cirurgia	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	Evento Único	-
82.000.085	Cirurgia	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	Evento Único	-
82.000.158	Cirurgia	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Evento Único	-
82.000.166	Cirurgia	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Evento Único	-
82.000.174	Cirurgia	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	Evento Único	-
82.000.182	Cirurgia	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	Evento Único	-
82.000.190	Cirurgia	Aprofundamento/aumento de vestibulo	Evento Único	pré-aprovação
82.000.280	Cirurgia	Biópsia de maxila	Evento Único	pré-aprovação
82.000.298	Cirurgia	Bridectomia	Evento Único	pré-aprovação
82.000.301	Cirurgia	Bridotomia	Evento Único	pré-aprovação
82.000.344	Cirurgia	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	24	pré-aprovação
82.000.352	Cirurgia	Cirurgia para exostose maxilar	Evento Único	-
82.000.360	Cirurgia	Cirurgia para torus mandibular bilateral	Evento Único	-
82.000.387	Cirurgia	Cirurgia para torus mandibular unilateral	Evento Único	-
82.000.395	Cirurgia	Cirurgia para torus palatino	Evento Único	-
82.000.441	Cirurgia	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	Evento Único	pré-aprovação
82.000.557	Cirurgia	Cunha proximal	Evento Único	-
82.000.743	Cirurgia	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Evento Único	Autorização Especial
82.000.778	Cirurgia	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Evento Único	Autorização Especial
82.000.786	Cirurgia	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	Evento Único	-
82.000.794	Cirurgia	Exérese ou excisão de mucocele	Evento Único	Autorização Especial
82.000.808	Cirurgia	Exérese ou excisão de rânula	Evento Único	Autorização Especial
82.000.816	Cirurgia	Exodontia a retalho	Evento Único	-
82.000.832	Cirurgia	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	Evento Único	-
82.000.859	Cirurgia	Exodontia de raiz residual	Evento Único	-
82.000.875	Cirurgia	Exodontia simples de permanente	Evento Único	-
82.000.883	Cirurgia	Frenulectomia labial	Evento Único	pré-aprovação
82.000.891	Cirurgia	Frenulectomia lingual	Evento Único	pré-aprovação
82.000.905	Cirurgia	Frenulotomia labial	Evento Único	pré-aprovação
82.000.913	Cirurgia	Frenulotomia lingual	Evento Único	pré-aprovação
82.001.073	Cirurgia	Odonto-seção	Evento Único	-
82.001.103	Cirurgia	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	Evento Único	Autorização Especial
82.001.170	Cirurgia	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	Evento Único	-
82.001.189	Cirurgia	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	Evento Único	-
82.001.286	Cirurgia	Remoção de dentes inclusos / impactados	Evento Único	-
82.001.294	Cirurgia	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	Evento Único	-
82.001.367	Cirurgia	Remoção de odontoma	Evento Único	Autorização Especial
82.001.502	Cirurgia	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	Evento Único	-
82.001.510	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	Evento Único	Autorização Especial
82.001.529	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	Evento Único	Autorização Especial
82.001.545	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	Evento Único	pré-aprovação
82.001.553	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	6	Autorização Especial
82.001.588	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Evento Único	Autorização Especial
82.001.596	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Evento Único	-
82.001.618	Cirurgia	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Evento Único	-
82.001.634	Cirurgia	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	Evento Único	-
82.001.707	Cirurgia	Ulectomia	Evento Único	-
82.001.715	Cirurgia	Ulotomia	Evento Único	-
00.000.008	Cirurgia	Consulta de Especialista em Estomatologia	6	-
00.000.028	Cirurgia	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	Evento Único	Autorização Especial
00.000.063	Cirurgia	Redução de Tuberosidade	Evento Único	-
81.000.090	Dentística	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	24	-
85.100.013	Dentística	Capeamento pulpar direto	Evento Único	-
85.100.064	Dentística	Faceta direta em resina fotopolimerizável	60	pré-aprovação
85.100.099	Dentística	Restauração de amálgama - 1 face	24	-
85.100.102	Dentística	Restauração de amálgama - 2 faces	24	-
85.100.110	Dentística	Restauração de amálgama - 3 faces	24	-
85.100.129	Dentística	Restauração de amálgama - 4 faces	24	-
85.100.137	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	24	-
85.100.145	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	24	-
85.100.153	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	24	-
85.100.161	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	24	-
85.100.196	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	24	-
85.100.200	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	24	-
85.100.218	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	24	-

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO IV - Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	QT Periodicidade Entre Eventos (Meses)	Observações sobre a operação dos eventos
85.100.226	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	24	-
85.400.017	Dentística	Ajuste Oclusal por acréscimo	12	pré-aprovação
85.400.025	Dentística	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	12	pré-aprovação
85.400.505	Dentística	Remoção de trabalho protético	60	-
00.000.033	Dentística	Núcleo de preenchimento para restauração	24	pré-aprovação
00.000.051	Dentística	Restauração de pino	24	-
81.000.030	Diagnóstico	Consulta odontológica	3	-
81.000.065	Diagnóstico	Consulta odontológica inicial	3	-
81.000.111	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfaliativa na região buco-maxilo-facial	3	-
81.000.138	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	3	-
81.000.154	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	3	-
81.000.170	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	3	-
81.000.189	Diagnóstico	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	3	-
82.000.506	Diagnóstico	Controle pós-operatório em odontologia	3	Autorização Especial
81.000.049	Emergência	Consulta odontológica de Urgência	0	-
81.000.057	Emergência	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	0	-
82.000.468	Emergência	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	0	-
82.000.484	Emergência	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	1	-
82.001.022	Emergência	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	0	-
82.001.030	Emergência	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	0	-
82.001.197	Emergência	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	0	-
82.001.251	Emergência	Reimplante dentário com contenção	Evento Único	-
82.001.308	Emergência	Remoção de dreno extra-oral	Evento Único	-
82.001.316	Emergência	Remoção de dreno intra-oral	Evento Único	-
82.001.499	Emergência	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	Evento Único	-
82.001.642	Emergência	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	0	-
82.001.650	Emergência	Tratamento de alveolite	0	-
85.100.048	Emergência	Colagem de fragmentos dentários	0	-
85.200.034	Emergência	Pulpectomia	0	-
85.200.085	Emergência	Restauração temporária / tratamento expectante	0	-
85.300.080	Emergência	Tratamento de pericoronarite	0	-
85.400.467	Emergência	Recimentação de trabalhos protéticos	0	-
85.400.475	Emergência	Reembasamento de coroa provisória	0	-
85.100.056	Endodontia	Curativo de demora em endodontia	1	Autorização Especial
85.200.018	Endodontia	Clareamento de dente desvitalizado	24	-
85.200.026	Endodontia	Preparo para núcleo intrarradicular	60	-
85.200.042	Endodontia	Pulpotomia	Evento Único	-
85.200.050	Endodontia	Remoção de corpo estranho intracanal	60	-
85.200.069	Endodontia	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Evento Único	Autorização Especial
85.200.077	Endodontia	Remoção de núcleo intrarradicular	Evento Único	-
85.200.093	Endodontia	Retratamento endodôntico birradicular	36	-
85.200.107	Endodontia	Retratamento endodôntico multirradicular	36	-
85.200.115	Endodontia	Retratamento endodôntico unirradicular	36	-
85.200.123	Endodontia	Tratamento de perfuração endodôntica	Evento Único	-
85.200.131	Endodontia	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	Evento Único	-
85.200.140	Endodontia	Tratamento endodôntico birradicular	Evento Único	-
85.200.158	Endodontia	Tratamento endodôntico multirradicular	Evento Único	-
85.200.166	Endodontia	Tratamento endodôntico unirradicular	Evento Único	-
81.000.073	Odontologia Legal	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	0	Autorização Especial
81.000.014	Odontopediatria	Condicionamento em Odontologia	6	pré-aprovação
82.000.700	Odontopediatria	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	6	pré-aprovação
83.000.020	Odontopediatria	Coroa de acetato em dente decíduo	24	-
83.000.046	Odontopediatria	Coroa de aço em dente decíduo	24	-
83.000.062	Odontopediatria	Coroa de policarbonato em dente decíduo	24	-
83.000.089	Odontopediatria	Exodontia simples de decíduo	Evento Único	-
83.000.097	Odontopediatria	Mantenedor de espaço fixo	12	pré-aprovação
83.000.100	Odontopediatria	Mantenedor de espaço removível	12	pré-aprovação
83.000.127	Odontopediatria	Pulpotomia em Dente Decíduo	Evento Único	-
83.000.135	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente decíduo	6	Autorização Especial
83.000.151	Odontopediatria	Tratamento endodôntico em dente decíduo	24	-
84.000.031	Odontopediatria	Aplicação de carióstático	6	pré-aprovação
84.000.058	Odontopediatria	Aplicação de selante - técnica invasiva	12	-
84.000.074	Odontopediatria	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	12	-
84.000.112	Odontopediatria	Aplicação tópica de verniz fluoretado	6	pré-aprovação
84.000.171	Odontopediatria	Controle de cárie incipiente	3	-
84.000.201	Odontopediatria	Remineralização	6	pré-aprovação
85.100.080	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente permanente	6	Autorização Especial
85.100.242	Odontopediatria	Adequação de Meio	12	Autorização Especial
87.000.032	Odontopediatria	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	6	pré-aprovação
87.000.040	Odontopediatria	Coroa de acetato em dente permanente	24	-
87.000.059	Odontopediatria	Coroa de aço em dente permanente	24	-
87.000.067	Odontopediatria	Coroa de policarbonato em dente permanente	24	-

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO IV - Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	QT Periodicidade Entre Eventos (Meses)	Observações sobre a operação dos eventos
87.000.148	Odontopediatria	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	6	pré-aprovação
85.400.270	Ortodontia	Placa oclusal resiliente	60	pré-aprovação
86.000.055	Ortodontia	Aparelho extra-bucal	60	pré-aprovação
86.000.098	Ortodontia	Aparelho ortodôntico fixo metálico	84	pré-aprovação
86.000.110	Ortodontia	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	84	pré-aprovação
86.000.128	Ortodontia	Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler	60	pré-aprovação
86.000.144	Ortodontia	Arco lingual	60	pré-aprovação
86.000.152	Ortodontia	Barra transpalatina fixa	60	pré-aprovação
86.000.160	Ortodontia	Barra transpalatina removível	60	pré-aprovação
86.000.195	Ortodontia	Botão de Nance	60	pré-aprovação
86.000.209	Ortodontia	Contenção fixa - por arcada	36	pré-aprovação
86.000.225	Ortodontia	Disjuntor palatino - Hirax	60	pré-aprovação
86.000.233	Ortodontia	Disjuntor palatino - Macnamara	60	pré-aprovação
86.000.241	Ortodontia	Distalizador com mola nitinol	60	pré-aprovação
86.000.250	Ortodontia	Distalizador de Hilgers	60	pré-aprovação
86.000.268	Ortodontia	Distalizador Distal Jet	60	pré-aprovação
86.000.276	Ortodontia	Distalizador Pendulo/Pendex	60	pré-aprovação
86.000.284	Ortodontia	Distalizador tipo Jones Jig	60	pré-aprovação
86.000.306	Ortodontia	Gianelly	60	pré-aprovação
86.000.314	Ortodontia	Grade palatina fixa	60	pré-aprovação
86.000.322	Ortodontia	Grade palatina removível	60	pré-aprovação
86.000.357	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	1	pré-aprovação
86.000.365	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	1	pré-aprovação
86.000.373	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	0	pré-aprovação
86.000.390	Ortodontia	Mentoneira	0	pré-aprovação
86.000.454	Ortodontia	Placa de distalização de molares	60	pré-aprovação
86.000.462	Ortodontia	Placa de Hawley	60	pré-aprovação
86.000.470	Ortodontia	Placa de Hawley - com torno expansor	60	pré-aprovação
86.000.489	Ortodontia	Placa de mordida ortodôntica	12	pré-aprovação
86.000.500	Ortodontia	Placa de verticalização de caninos	60	pré-aprovação
86.000.527	Ortodontia	Placa encapsulada de Maurício	60	pré-aprovação
86.000.535	Ortodontia	Placa lábio-ativa	60	pré-aprovação
86.000.543	Ortodontia	Plano anterior fixo	60	pré-aprovação
86.000.551	Ortodontia	Plano inclinado	60	pré-aprovação
86.000.560	Ortodontia	Quadrihélice	60	pré-aprovação
00.000.014	Ortodontia	Estudo e Planejamento Ortodôntico	3	-
00.000.065	Ortodontia	Recuperador de Espaço	60	pré-aprovação
86.000.020	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Aparelho de Klammt	60	pré-aprovação
86.000.047	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Aparelho de Thurow	60	pré-aprovação
86.000.136	Ortopedia Funcional dos Maxilares	APM - Aparelho de Protração Mandibular	60	pré-aprovação
86.000.179	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Bionator de Balters	60	pré-aprovação
86.000.187	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Blocos geminados de Clark e Winblock	60	pré-aprovação
86.000.330	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Herbst encapsulado	60	pré-aprovação
86.000.381	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Máscara facial Delaire e Tração Reversa	60	pré-aprovação
86.000.403	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Modelador elástico de Bimler	60	pré-aprovação
86.000.411	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Monobloco	60	pré-aprovação
86.000.438	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Pistas diretas de Planas - superior e inferior	60	pré-aprovação
86.000.446	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Pistas indiretas de Planas	60	pré-aprovação
86.000.519	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Placa dupla de Sanders	60	pré-aprovação
86.000.578	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Regulador de função de Frankel	60	pré-aprovação
86.000.586	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Simões Network	60	pré-aprovação
86.000.594	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Splinter	60	pré-aprovação
82.000.026	Periodontia	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	6	-
82.000.212	Periodontia	Aumento de coroa clínica	6	-
82.000.336	Periodontia	Cirurgia odontológica a retalho	12	-
82.000.417	Periodontia	Cirurgia periodontal a retalho	12	pré-aprovação
82.000.646	Periodontia	Enxerto conjuntivo subepitelial	60	pré-aprovação
82.000.662	Periodontia	Enxerto gengival livre	60	pré-aprovação
82.000.689	Periodontia	Enxerto pediculado	60	pré-aprovação
82.000.921	Periodontia	Gengivectomia	6	pré-aprovação
82.000.948	Periodontia	Gengivoplastia	6	pré-aprovação
82.001.464	Periodontia	Sepultamento radicular	Evento Único	-
82.001.685	Periodontia	Tunelização	12	-
85.000.787	Periodontia	Imobilização dentária em dentes decíduos	12	-
85.300.012	Periodontia	Dessensibilização dentária	12	-
85.300.020	Periodontia	Imobilização dentária em dentes permanentes	12	-
85.300.039	Periodontia	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	6	-
85.300.047	Periodontia	Raspagem supra-gengival	6	pré-aprovação
85.300.055	Periodontia	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	12	-
85.300.063	Periodontia	Tratamento de abscesso periodontal agudo	12	-

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br

       /BrasilDental

ANS - nº 41941-9 | BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO IV - Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	QT Periodicidade Entre Eventos (Meses)	Observações sobre a operação dos eventos
85.300.071	Periodontia	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA	6	-
85.300.098	Periodontia	Manutenção Periodontal	3	-
00.000.009	Periodontia	Consulta de Especialista em Periodontia	3	-
84.000.090	Prevenção	Aplicação tópica de flúor	6	-
84.000.139	Prevenção	Atividade educativa em saúde bucal	6	-
84.000.163	Prevenção	Controle de biofilme (placa bacteriana)	6	-
84.000.198	Prevenção	Profilaxia: polimento coronário	6	-
84.000.228	Prevenção	Teste de capacidade tampão da saliva	6	Autorização Especial
84.000.236	Prevenção	Teste de contagem microbiológica	6	Autorização Especial
84.000.252	Prevenção	Teste de PH Salivar	12	Autorização Especial
87.000.016	Prevenção	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	6	-
87.000.024	Prevenção	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	6	-
85.100.072	Prótese Dentaria	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	24	pré-aprovação
85.100.170	Prótese Dentaria	Restauração em resina (indireta) - Inlay	60	pré-aprovação
85.400.033	Prótese Dentaria	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	12	pré-aprovação
85.400.050	Prótese Dentaria	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	12	pré-aprovação
85.400.076	Prótese Dentaria	Coroa provisória com pino	6	pré-aprovação
85.400.084	Prótese Dentaria	Coroa provisória sem pino	6	pré-aprovação
85.400.092	Prótese Dentaria	Coroa total acrílica prensada	60	pré-aprovação
85.400.106	Prótese Dentaria	Coroa total em cerâmica pura	60	pré-aprovação
85.400.114	Prótese Dentaria	Coroa total em cerômero (somente para dentes anteriores)*	60	pré-aprovação
85.400.149	Prótese Dentaria	Coroa total metálica	60	pré-aprovação
85.400.157	Prótese Dentaria	Coroa total metalo cerâmica	60	pré-aprovação
85.400.165	Prótese Dentaria	Coroa total metalo plástica cerômero	60	pré-aprovação
85.400.173	Prótese Dentaria	Coroa total metalo plástica resina acrílica	60	pré-aprovação
85.400.181	Prótese Dentaria	Faceta em cerâmica pura	60	pré-aprovação
85.400.190	Prótese Dentaria	Faceta em cerômero	60	pré-aprovação
85.400.211	Prótese Dentaria	Núcleo de preenchimento	60	pré-aprovação
85.400.220	Prótese Dentaria	Núcleo metálico fundido	60	pré-aprovação
85.400.246	Prótese Dentaria	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	12	pré-aprovação
85.400.262	Prótese Dentaria	Pino pré fabricado	60	pré-aprovação
85.400.297	Prótese Dentaria	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	60	pré-aprovação
85.400.300	Prótese Dentaria	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	60	pré-aprovação
85.400.319	Prótese Dentaria	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	60	pré-aprovação
85.400.327	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)	60	pré-aprovação
85.400.335	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	60	pré-aprovação
85.400.343	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa em metalo plástica	60	pré-aprovação
85.400.351	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	60	pré-aprovação
85.400.360	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa provisória	6	pré-aprovação
85.400.378	Prótese Dentaria	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	60	pré-aprovação
85.400.386	Prótese Dentaria	Prótese parcial removível com grampos bilateral	60	pré-aprovação
85.400.394	Prótese Dentaria	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	60	pré-aprovação
85.400.408	Prótese Dentaria	Prótese total	60	pré-aprovação
85.400.416	Prótese Dentaria	Prótese total imediata	60	pré-aprovação
85.400.424	Prótese Dentaria	Prótese total incolor	60	pré-aprovação
85.400.459	Prótese Dentaria	Provisório para Restauração metálica fundida	6	pré-aprovação
85.400.483	Prótese Dentaria	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	12	pré-aprovação
85.400.491	Prótese Dentaria	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	12	pré-aprovação
85.400.513	Prótese Dentaria	Restauração em cerâmica pura - inlay	60	pré-aprovação
85.400.521	Prótese Dentaria	Restauração em cerâmica pura - onlay	60	pré-aprovação
85.400.530	Prótese Dentaria	Restauração em cerômero - onlay	60	pré-aprovação
85.400.548	Prótese Dentaria	Restauração em cerômero - inlay	60	pré-aprovação
85.400.556	Prótese Dentaria	Restauração metálica fundida	60	pré-aprovação
85.400.572	Prótese Dentaria	Coroa 3/4 ou 4/5	60	pré-aprovação
00.000.010	Prótese Dentaria	Consulta de Especialista em Prótese	3	-
00.000.047	Prótese Dentaria	Laminado em resina	60	pré-aprovação
00.000.050	Prótese Dentaria	Coroa Veneer	60	pré-aprovação
00.900.032	Prótese Dentaria	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free) e Consulta	60	pré-aprovação
81.000.278	Radiologia	Fotografia	12	-
81.000.294	Radiologia	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	12	-
81.000.308	Radiologia	Modelos ortodônticos	12	-
81.000.340	Radiologia	Radiografia da ATM	12	-
81.000.367	Radiologia	Radiografia da mão e punho - carpal	12	-
81.000.375	Radiologia	Radiografia interproximal - bite-wing	0	-
81.000.383	Radiologia	Radiografia oclusal	0	-
81.000.405	Radiologia	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	12	-
81.000.413	Radiologia	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	12	-
81.000.421	Radiologia	Radiografia periapical	0	-
81.000.456	Radiologia	Slide	12	-
81.000.472	Radiologia	Teless radiografia	12	-
81.000.480	Radiologia	Teless radiografia com Traçado cefalométrico	12	-
81.000.529	Radiologia	Tomografia convencional linear ou multi-direcional	12	-

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9 BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

ANEXO IV - Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	QT Periodicidade Entre Eventos (Meses)	Observações sobre a operação dos eventos
81.000.537	Radiologia	Traçado Cefalométrico	12	-
81.000.570	Radiologia	Técnica de Localização radiográfica	12	-
00.000.060	Radiologia	Discrepância de Modelos	12	-
00.000.061	Radiologia	Panorâmica Especial para ATM	12	-
00.000.062	Radiologia	Modelos de Trabalho	12	-
00.900.002	Radiologia	Documentação ortodôntica básica: radiografia panorâmica básica, tele com traçado e modelos	12	-
00.900.003	Radiologia	Documentação ortodôntica completa: radiografia panorâmica básica, tele com traçado, modelos ortodôntico, 7 fotos ou slides e análise cefalométrica extra	12	-
00.900.004	Radiologia	Documentação Ortodôntica Especial (documentação ortodôntica completa mais telerradiografia frontal, traçado frontal e análise de erupção de 3º molares)	12	-
00.900.005	Radiologia	Documentação ortodôntico ortopédica : panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de modelos, caixa p/ modelos, pasta, mão e punho (índice carpal), fotos (2 extra, 3 intra bucais, perfil e lateralidade) OU slides (máximo 9)	12	-
00.900.006	Radiologia	Documentação ortodôntica de controle: panorâmica com 5 fotos (2 extra-bucais, 3 intra-bucais)	12	-
00.900.007	Radiologia	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)	12	-
00.900.008	Radiologia	Panorâmica + modelos ortodônticos	12	-

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br







 /BrasilDental

ANS - nº 41941-9 BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: M. J. Silva Costa - CRO/SP nº 30387

Dados da Empregadora

Razão Social:	
Unidade:	Cód. Empresa:

Dados do Plano Contratado

Nome do Plano:
Valor Total Devido:

N.º Cartão

Para inclusão de Dependente, informe o número da carteirinha do TITULAR.
N.º

Dados do Beneficiário Titular

(Importante: os nomes devem ser inseridos por completo, sem abreviações).

Nome completo:			
Data Nasc.:	RG:	Órgão Emissor:	CPF:
Nome Completo da Mãe:			
End. Res.:		No:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	UF:
Cargo	Departamento	Nº da matrícula:	
PIS:	DNV:	Estado Civil:	
Fone Comercial:	Celular:	Recebe e-mail:	() Sim () Não
E-mail:			

DNV - NÚMERO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO - preenchimento opcional para beneficiários nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010.

Dados dos Demais Beneficiários Vinculados (IMPORTANTE: os nomes devem ser inseridos sem abreviações; maiores de 18 anos, CPF obrigatório).

1. Nome Completo	Data de Nasc.	CPF	Parentesco	Sexo
Nome da mãe do dependente 1	/ /	DNV	() Cônjuge () Filho(a) () Agregado	() M () F
2. Nome Completo	Data de Nasc.	CPF	Parentesco	Sexo
Nome da mãe do dependente 2	/ /	DNV	() Cônjuge () Filho(a) () Agregado	() M () F
3. Nome Completo	Data de Nasc.	CPF	Parentesco	Sexo
Nome da mãe do dependente 3	/ /	DNV	() Cônjuge () Filho(a) () Agregado	() M () F
4. Nome Completo	Data de Nasc.	CPF	Parentesco	Sexo
Nome da mãe do dependente 4	/ /	DNV	() Cônjuge () Filho(a) () Agregado	() M () F

dez/14

Termo de Opção para Inclusão no Plano Odontológico - Coletivo Empresarial

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Empregadora a proceder o desconto do(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) Dependente(s) e/ou Agregados, no Plano Odontológico operacionalizado pela BrasilDental Operadora de P. Odontológicos, empresa com sede no Município de Barueri, Estado de São Paulo, na Av. Alameda Araguaia, 2104 19º Andar, Conjunto 194 A - Alphaville, Barueri - SP, 06455-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 19.962.272/0001-09 e na ANS sob o nº 41941-9. De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas de utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Material Informativo do Programa Odontológico, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

- Os Beneficiários Dependentes e/ou Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado;
- Havendo a possibilidade, conforme determinação da Empregadora, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido serão estendidas, necessariamente, para todo o meu grupo familiar;
- Para aceitação, pela Empregadora, de meu pedido de alteração do Plano Odontológico vigente que tenha maior número de eventos cobertos para outro que tenha menor número de eventos cobertos, deverei ter permanecido por um período de 12 (doze) meses da data da minha inclusão, ou de qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados, no Plano Odontológico;
- O valor da Taxa Mensal Individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde - Plano Odontológico, celebrado entre a Empregadora e a BrasilDental Operadora de P. Odontológicos;
- Perante a Empregadora e perante terceiros, sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos praticados por mim e por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados;
- Declaro ter recebido, previamente à assinatura do presente Termo, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS;
- Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato por meio da Central de Atendimento e Relacionamento BB Dental: 0800 602 0001;
- Havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto deste termo, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito.
- Declaro estar ciente que as senhas de acesso aos sistemas e aplicativos são individuais e intransferíveis, não devendo ser compartilhadas com terceiros. Todo e qualquer compartilhamento de senhas pode expor informações confidenciais e acarretar acessos não autorizados, podendo ocasionar violação de dados pessoais e possíveis ilícitos de ordem cível e criminal.
- Declaro ainda ter ciência que: Os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que serão tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis. Estou ciente que para obter maiores informações sobre como os dados pessoais são tratados pela BrasilDental, devo consultar a Política de Privacidade disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnpkcepmjccfnhmkaj/https://bbdental.com.br/wp-content/uploads/2023/01/site-bbdental-politica-de-privacidade_2023.pdf

Sem mais, subscrevo-me,

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular: _____

_____, _____ de _____ de _____.



DADOS DO PACIENTE *ATENÇÃO! OS CAMPOS IDENTIFICADOS COM (*) SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO*

*Nº da Carteira: _____ Empresa: _____ Plano: _____

*Nome Paciente: _____

CPF: _____ RG: _____ Data Nascimento: ____/____/____

*Endereço Res.: _____ *Nº.: _____ *Complemento: _____ *CEP: _____

*Cidade: _____ *UF: _____ Telefone Res.: _____ Telefone Com.: _____

*E-mail: _____ *Celular (com DDD): _____

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (Resp. Contratual) Beneficiário titular é menor de idade? () S () N

*Nome Beneficiário Titular: _____

*CPF: _____ *Nome do banco: _____ *Nº do banco: _____ Conta: Poupança () Corrente ()

*Nº da agência: _____ *Dígito _____ *Nº da conta corrente: _____ *Dígito: _____ 1º titular () S () N

DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

*Nome do CD ou da clínica: _____ CNES: _____ CRO: _____

Endereço: _____ Complemento: _____ Telefone: _____

*CPF/CNPJ: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

ATENÇÃO! PARA A EFETIVAÇÃO COM SUCESSO DO REEMBOLSO SIGA AS INSTRUÇÕES ABAIXO:

- **Preencha todo o FRR**, principalmente os campos indicados como obrigatórios (*). Solicitamos a atualização dos dados cadastrais por meio desse formulário.
 - Recomendamos realizar cópia de toda a documentação do reembolso pois em caso de reembolso realizado os originais não serão devolvidos.
 - Para agilizar o processo de reembolso utilize a Caixa Postal 261 - CEP 06455-972 - Barueri - SP e envie toda a documentação obrigatória, incluindo este formulário.
 - Recomendamos a utilização do check list contido no verso.
- O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do Beneficiário Titular e do Cirurgião-Dentista, sendo ambos responsáveis perante a Lei pela veracidade das informações nele contidas.
- Em caso de dúvida, reclamação ou sugestão, será sempre um prazer atendê-lo através da **Central de Relacionamento BB Dental 0800 602 602 0001**.

Código TUSS do Procedimento	* Descrição do Evento / Procedimento realizado	* Dente Região	* Faces						*Valor individual (em R\$)	* Data de Realização
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		
			M	O	D	L	V	I		

Valor *** RECIBO (somente para Cirurgião-Dentista Pessoa Física)**

R\$ _____

Recebi de _____ CPF ____/____/____ - _____

a importância de _____ referente a tratº odont.

realizado no beneficiário _____ CPF ____/____/____ - _____

Data emissão: ____/____/____

Nome CD _____

CPF ____/____/____ - _____ CRO/UF ____/____

Assinatura e carimbo do Cirurgião-Dentista
(responsável pelo tratamento)

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO



12345678

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

- Leve o FRR (Formulário de Requisição de Reembolso) na consulta com seu Cirurgião-Dentista.
- Preencha corretamente o FRR, principalmente os campos de preenchimento obrigatório (todos os itens marcados com *).
- Preencha corretamente o CPF do Beneficiário Titular e os DADOS BANCÁRIOS.
- Envie o FRR para a Caixa Postal informada abaixo.
- Verifique corretamente os requisitos necessários e a documentação completa a ser analisada junto a este formulário.

Endereço para envio do FRR: BB Dental - Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha

Caixa Postal 261 - CEP: 06455-972 - Barueri - SP

1. PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO:

CHECKLIST

- Dados obrigatórios (todos os itens marcados com *):
Dados completos do paciente (Nº da carteira e nome do paciente em tratamento com Cirurgião-Dentista)
- CPF e dados bancários do Beneficiário Titular do plano.
 - Dados completos do Cirurgião Dentista/Clinica (CPF para atendimento por Cirurgião Dentista Pessoa Física ou CNPJ para atendimentos realizados por Pessoa Jurídica).
- Descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha), com número do dente tratado, faces, área ou região com valor individual e data da realização.

2. ENVIO DO FRR PARA REEMBOLSO:

CHECKLIST

- Recibo original e/ou FRR com o campo RECIBO preenchido (para atendimento realizado por Cirurgião-Dentista Pessoa física o recibo é parte integrante do formulário) ou NOTAFISCAL ORIGINAL (contendo CNPJ da Clínica Odontológica prestadora de serviços odontológicos). O Recibo/Nota Fiscal deve ser emitido pelo Cirurgião-Dentista/Clinica Odontológica, em valor igual ao total do tratamento realizado e descrito neste FRR e deve conter:
- CPF do dentista ou CNPJ da clínica que realizou o tratamento;
 - Data da emissão do recibo/nota fiscal (Data da emissão dentro do período de vigência do plano);
 - Dados do responsável pelo pagamento;
 - Valor compatível com o valor descrito no FRR;
 - Dados do beneficiário atendido (nome completo e CPF)
- Enviar a documentação clínica completa do caso, inclusive fotografias e/ou radiografias iniciais e finais dos tratamentos.
- São necessárias imagens iniciais e finais para eventos de dentística, endodontia, cirurgia, prótese e implante.
 - Para procedimentos que não são possíveis a visualização por imagens é necessário encaminhar as radiografias dos dentes/regiões tratados.
 - O tratamento e as imagens/radiografias devem estar dentro do período de vigência do plano.

3. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO:

Após a análise técnica-documental, o valor do reembolso devido será creditado na conta do Beneficiário Titular informada no FRR considerando-se o prazo contratual para análise da documentação completa, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nos itens 1 e 2 acima.

IMPORTANTE: Os originais do FRR e do recibo/Nota Fiscal não são devolvidos. Os eventos reembolsáveis, bem como os respectivos valores são definidos entre a empresa com a qual o Beneficiário Titular mantém vínculo e a BB Dental.

Solicitação de Reembolso e Termo de Responsabilidade

Declaramos estar cientes e de acordo com as normas e os procedimentos descritos neste FRR, sobretudo da necessidade de apresentação do original do FRR e do recibo/Nota Fiscal de pagamento profissional, bem como da documentação radiográfica/imagens referente ao tratamento informado neste FRR. Declaramos ainda, ciência de que este FRR será devolvido, caso todos os documentos pertinentes ao tratamento em questão não sejam apresentados corretamente.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura do Cirurgião - Dentista

Observações:

Guia de Leitura Contratual

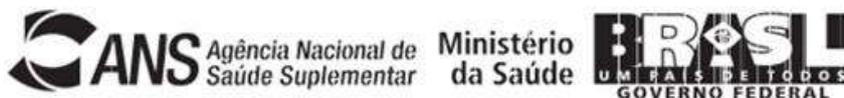
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	02-CG
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	07-CG
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	N/A
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia ambulatorial, odontológico	07-CG
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	07-CG
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	08-CG
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	13-CG
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	16-CG

REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	22-CG
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	25-CG
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	25-CG

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

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



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

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

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br  /BrasilDental

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

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

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

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

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

Cobertura e segmentação assistencial

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

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

Abrangência geográfica

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

Área de atuação

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

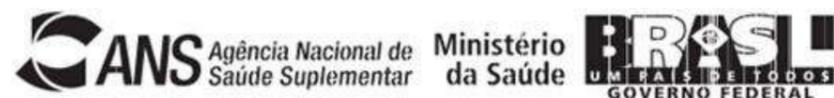
É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

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

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

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



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

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

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

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

Operadora: Brasildental S.A
CNPJ: 19.962.272/0001-09
Nº de registro na ANS: 41941-9
Site: www.bbdental.com.br
Central de Relacionamento: 0800 602 0001 /
0800 602 8001. Deficiente Auditivo ou de Fala:
0800 602 2222
Produto: Coletivo empresarial

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

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

<p>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT);</p>	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão Preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória a operadora poderá oferecer a cobertura total, após cumpridas eventuais carências sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN° 558/2022.</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1484 27 2905 115">Coletivo Empresarial</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1484 115 1958 294">Com 30 participantes ou mais</td> <td data-bbox="1958 115 2905 294">Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1484 294 1958 378">Com menos de 30 participantes</td> <td data-bbox="1958 294 2905 378">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1484 378 2905 451">Coletivo por Adesão</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1484 451 2905 581">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.</td> </tr> </table>	Coletivo Empresarial		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.	Coletivo por Adesão		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
Coletivo Empresarial												
Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.											
Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.											
Coletivo por Adesão												
É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.												
<p>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</p>	<p>que o consumidor verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de importante saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização É administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>											
<p>REAJUSTE</p>	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgados por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, Segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN n° 563/2022.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, Segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN n° 563/2022.</p>										
<p>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</p>	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestadore hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>											
<p>VIGÊNCIA</p>	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>										
<p>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</p>	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50° dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>										

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

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

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do consumidor no pagamento da mensalidade, é assegurado ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No

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

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

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