

# Plano Odontológico

## BB Dental Júnior IFLE

### Conheça as características do seu plano:

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Classificação da Operadora na ANS: Odontologia de Grupo

Nome Comercial: Júnior IFLE

BB ANS Registro Nº: 481.774/18-5

Área Geográfica de Abrangência: Nacional

### Neste contrato consta:

1. Proposta de Adesão
2. Condições Gerais
3. Tabela de Procedimentos Cobertos
4. Lista de Eventos para Autorização Prévia e ou Autorização Especial.
5. Tabela de Procedimentos Cobertos - extra rol
6. Guia de Leitura Contratual
7. Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

# Proposta de Adesão (Condições Especiais)

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Plano PF Individual ou Familiar

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

**BRASILDENTAL**

Uma empresa BB Seguros

Número da Proposta:

## 1. DADOS DAS PARTES

<b>RAZÃO SOCIAL DA CONTRATADA</b> Brasilidental Operadora de Planos Odontológicos S.A.		<b>CNPJ/ME</b> 19.962.272/0001-09	<b>CIDADE</b> Barueri
<b>ENDEREÇO DA CONTRATADA</b> Alameda Araguaia, nº 2104, 19º Andar, Alphaville		<b>CEP</b> 06455-000	<b>ESTADO</b> SP
<b>NOME COMPLETO DO(A) CONTRATANTE TITULAR</b> (Responsável Financeiro)		<b>CPF/ME</b>	<b>GÊNERO</b>
<b>IDENTIDADE</b> (RG, CNH, Carteira Identidade Profissional)	<b>ORGÃO EXPEDIDOR-UF</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
<b>NOME COMPLETO DA MÃE</b> (Titular)		<b>EMAIL</b>	<b>TELEFONE</b>
<b>ENDEREÇO DO(A) CONTRATANTE TITULAR</b> (Logradouro, número, bairro, complemento)		<b>CEP</b>	<b>CIDADE/UF</b>
<b>NOVO PLANO</b> (S/N)	<b>INCLUSÃO DE DEPENDENTE EM PROPOSTA EXISTENTE</b> (S/N)		
<b>1 - NOME COMPLETO DO DEPENDENTE</b>		<b>CPF/ME</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>
<b>NOME COMPLETO DA MÃE</b> (Dependente)		<b>GRAU PARENTESCO</b> (Titular)	<b>GÊNERO</b>
<b>IMPORTANTE:</b> Caso tenha interesse futuro em incluir novos dependentes nesta proposta, contate a Central de Atendimento 0800 702 9000			

## 2. DADOS DO CONTRATO

<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b> ODONTOLÓGICA	<b>VIGÊNCIA</b> 12 (doze) meses	<b>REAJUSTE</b> ANUAL	<b>ÍNDICE REAJUSTE</b> IPCA/IBGE	<b>RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA</b> Prazo Indeterminado
<b>INÍCIO DA VIGÊNCIA</b> Data do Aceite da Proposta ou Contrato ou Primeiro Pagamento, o que ocorrer primeiro.		<b>PLANO ANUAL</b> O Percentual de desconto para o plano anual é de % em relação ao valor de doze meses		

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

Nome Fantasia Nome Comercial Registro ANS	Valor TITULAR	Valor Dependente	Valor TOTAL	Forma de Atendimento Formação de Preço	Segmentação de Rede Abrangência Geográfica	Carência
JÚNIOR JÚNIOR IFLE 481.774/18-5	R\$ XX,XX (mensal)	R\$ XX,XX (mensal)	R\$ XX,XX (mensal)	Rede Credenciada e Livre Escolha	UNNA NACIONAL	24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência 90 (noventa) dias em Clínica Geral 180 (cento e oitenta) dias em Prótese, Ortodontia e Clareamento
JÚNIOR JÚNIOR IFLE 481.774/18-5	R\$ XX,XX (anual)	R\$ XX,XX (anual)	R\$ XX,XX (anual)	Rede Credenciada e Livre Escolha	UNNA NACIONAL	Sem Carência
<b>VALOR DE REEMBOLSO/RESSARCIMENTO (UO)</b>	A U.O (Unidade Odontológica) para fins de cálculo e pagamentos previsto na cláusula 10 e 11, quando e se aplicável, é de R\$ 0,50.					

## 4. FORMAS DE PAGAMENTO

<input type="checkbox"/>	Autorizo débito no meu cartão de crédito.			
<input type="checkbox"/>	Autorizo débito em conta bancária	<b>BANCO</b>	<b>AGÊNCIA</b>	<b>CONTA</b>
<input type="checkbox"/>	Autorizo emissão de boleto para pagamento em bancos e/ou correspondentes bancários.	<b>DATA VENCIMENTO DA FATURA</b>		
<input type="checkbox"/>	Autorizo consignação em folha de pagamento	<b>ÓRGÃO CONSIGNANTE</b>		

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta Proposta de Adesão (Condições Especiais), integra para todos os fins e efeitos de direito as Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Contrato), registrado no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sob o n.º 2468168.

Nos termos da Cláusula Sexta 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

## Proposta de Adesão (Condições Especiais)

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Plano PF Individual ou Familiar

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

**BRASILDENTAL**

Uma empresa BB Seguros

Número da Proposta:

vigente à época do evento, terá direito às coberturas elencadas nos "Procedimentos Cobertos", conforme consta no anexo contratual.

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

Declaro ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato do Plano Odontológico contratado, expressamente indicado na Proposta de Adesão, cuja cópia recebi neste ato, o qual estabelece em linguagem clara e simples sobre todos os direitos e obrigações contratuais dos Beneficiários, as formas e condições de utilização do Plano de Benefícios, os limites de cobertura, os procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como as informações sobre os recursos disponibilizados pela OPERADORA para verificação dos dentistas integrantes da Rede Credenciada. Declaro, ainda: **a)** ter conhecimento e ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde-MPS e o Guia de Leitura Contratual-GLC, também disponíveis no portal <https://bbdental.com.br>; **b)** serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim inseridos na presente Proposta de Adesão e as demais informações prestadas à OPERADORA para os fins da execução do presente Contrato; **c)** ser o devedor das parcelas e das demais obrigações decorrentes do Plano de Benefícios que agora subscrevo, conforme meio de pagamento optado no item "4. FORMAS DE PAGAMENTO" desta Proposta; **d)** ter ciência que em caso de não pagamento das devidas parcelas no meio de pagamento escolhido na adesão, a cobrança da mensalidade do Plano Odontológico poderá ser alterada e efetuada pela via boleto bancário; **e)** reconhecer que a eventual redução e/ou isenção dos prazos de carência não alteram as demais condições e coberturas do Contrato; **f)** caso a opção seja pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma mensal, ter ciência de que o prazo de vigência deste Contrato é de 12 (doze) meses, com início a partir da assinatura ou declaração verbal de aceite da Proposta de Adesão e de que contarei com períodos de carência expressamente indicados na Proposta de Adesão; **g) caso a opção seja pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual, ter ciência que contarei com os períodos de carência (contados da data de início de vigência) expressamente indicados na Proposta de Adesão (não incidente para a opção "anual sem carência");** **h)** ter ciência de que no ato de assinatura da Proposta de Adesão, deverei pagar em até 10 (dez) dias úteis a primeira parcela calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos. As parcelas subsequentes à primeira, terão como data de vencimento o mesmo dia da data de aceite da Proposta de Adesão. As alterações de data de vencimento ou de meio de pagamento deverão ser solicitadas no Atendimento ao Beneficiário e estarão sujeitas às regras operacionais; **i)** caso o titular do contrato seja menor de 18 anos, ter ciência que o CONTRATANTE (Responsável Financeiro) assume a responsabilidade legal pelo menor de idade; **j)** tenho ciência de que se o pagamento através do cartão de crédito informado na proposta de adesão não for aprovado pela administradora do cartão, a contratação do plano não será efetivada, podendo o(a) CONTRANTE optar por outra forma de pagamento, devendo, neste caso, contatar a OPERADORA e solicitar a alteração, informando os dados necessários; **k) ter conhecimento que os encargos moratórios devidos em razão do atraso ou não pagamento das faturas de cartão de crédito, conta de energia ou conta bancária obedecerão às regras contidas no contrato firmado entre mim**

## Proposta de Adesão (Condições Especiais)

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Plano PF Individual ou Familiar

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

**BRASILDENTAL**

Uma empresa BB Seguros

Número da Proposta:

**(CONTRATANTE/Responsável Financeiro) e a instituição com a qual possuo relacionamento; l)** ter conhecimento de que para os fins do presente Plano de Benefícios são considerados Beneficiários Dependentes do Beneficiário Titular: cônjuge ou filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), dependentes economicamente do Contratante, conforme legislação do Imposto de Renda, e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade; **m)** ter conhecimento da opção de atendimento na Livre Escolha de Dentistas, podendo realizar tratamentos cobertos pelo Plano de Benefícios com dentistas não integrantes da Rede Credenciada, obtendo o reembolso conforme regras contratuais e de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso T.P.RE; **n)** ter conhecimento de que a Proposta de Adesão e suas cópias não podem conter rasuras; **o)** ter conhecimento de que em caso de dúvidas sobre o Plano ou consulta à Rede Credenciada, deverei entrar em contato com a Central de Atendimento ao Beneficiário BRASILDENTAL, através do número 0800 602 0001, ou Atendimento ao deficiente auditivo e fala 0800 602 2222, 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana à disposição; **p)** ser responsável perante a OPERADORA pelos atos de todos os Beneficiários por mim inscritos na presente Proposta; **q)** poderá a OPERADORA, em caso de inadimplência, para a cobrança de seus créditos, nos termos da lei, inscrever o nome do(a) Contratante em banco de dados cadastrais de Serviços de Proteção ao Crédito; **r)** ter conhecimento de que os Beneficiários Dependentes, incluídos no momento da adesão do Titular ou em data posterior, obedecerão as mesmas regras previstas no contrato para o Beneficiário Titular do Plano Odontológico; **s)** ter ciência de que ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifestação de minha parte, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, mantendo-se a forma de pagamento escolhido inicialmente, sendo vedada no ato da renovação a recontagem de carências e a cobrança de taxa ou qualquer outro valor; **t)** ter ciência de que fazem parte deste contrato, eventuais termos de aditamento e anexos; **u)** ter conhecimento de que a Brasildental, na figura de controladora dos dados pessoais do(a) Contratante, se compromete a cumprir as condições previstas neste instrumento, bem como, a Lei 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, os regulamentos dela decorrentes e observar as diretrizes disponíveis em <https://bbdental.com.br/wp-content/uploads/2021/01/site-bbdental-lgpd.pdf>; **v)** que li e estou ciente da Política de Proteção de Dados Pessoais da Brasildental, concordando com seus termos e condições para tratamento dos meus dados pessoais; **w)** ter conhecimento de que o aceite da presente proposta poderá ser tácito através de ligação telefônica, ou, expresso através de assinatura física ou link digital/assinatura eletrônica, nos termos da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 ainda que o certificado de assinatura não seja emitido pela ICP-Brasil, sem necessidade de qualquer outra formalização entre as partes neste sentido. **x)** Que estou de pleno acordo e autorizo a Brasildental a emitir e enviar documentações (certificado individual; carnê; boletos de cobrança, carteira virtual) e informações importantes referente ao plano, através de meios remotos de comunicação (SMS, correio eletrônico; aplicativos de mensagens, como por exemplo WhatsApp e outros meios digitais).

CIDADE/UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura Contratante (Responsável Financeiro)

Nome do Beneficiário Titular do Plano

**BRASILDENTAL**

Uma empresa BB Seguros

# Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

## Individual PF ou Familiar

### Condições Gerais

# SUMÁRIO

<b>Cláusula Primeira</b> Atributos do Contrato	03
<b>Cláusula Segunda</b> Das Características Gerais do Plano de Saúde	03
<b>Cláusula Terceira</b> Das Definições	04
<b>Cláusula Quarta</b> Do Tipo de Contratação	06
<b>Cláusula Quinta</b> Das Condições de Admissão e de Exclusão dos Beneficiários	06
<b>Cláusula Sexta</b> Da Cobertura e Procedimentos Garantidos	08
<b>Cláusula Sétima</b> Das Exclusões de Cobertura	08
<b>Cláusula Oitava</b> Da Carência	09
<b>Cláusula Nona</b> Mecanismo de Regulação	09
<b>Cláusula Décima</b> Do Atendimento de Urgência e Emergência	10
<b>Cláusula Décima Primeira</b> Da Dinâmica de Atendimento em Rede Credenciada e em Livre Escolha	12
<b>Cláusula Décima Segunda</b> Formação do Preço e Mensalidade e da Forma de Pagamento	15
<b>Cláusula Décima Terceira</b> Do Reajuste	16
<b>Cláusula Décima Quarta</b> Da Vigência e das Condições de Renovação Automática	16
<b>Cláusula Décima Quinta</b> Da Rescisão do Contrato	16
<b>Cláusula Décima Sexta</b> Da Proteção e Privacidade de Dados	17
<b>Cláusula Décima Sétima</b> Das Disposições Gerais	18
<b>Cláusula Décima Oitava</b> Da Assinatura Eletrônica	19
<b>Cláusula Décima Nona</b> Do Foro	19

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica - Plano Individual PF ou Familiar - que entre si fazem, de um lado, **BRASILDENTAL S.A.**, Operadora de Planos Exclusivamente Odontológicos, com sede no Município de Barueri, no Estado de São Paulo, na Alameda Araguaia, nº 2104, Condomínio Centro Empresarial Araguaia Corporate, Alphaville - CEP 06455-000, inscrita no CNPJ/MF sob nº 19.962.272/0001-09, registrada no Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo sob o nº 14.049 e na ANS sob o nº 41.941-9, daqui por diante denominada OPERADORA, e o(a) **CONTRATANTE**, qualificado(a) na Proposta de Adesão (Condições Especiais), sendo Beneficiários somente as pessoas por este indicadas, regendo-se de acordo com as seguintes cláusulas:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA** **ATRIBUTOS DO CONTRATO**

**1.1.** O presente Contrato, de prestação continuada, tem por objeto a cobertura de custos pela OPERADORA das despesas com os procedimentos odontológicos prestados, por odontólogos integrantes de sua Rede Credenciada, ou mediante livre escolha de profissionais odontólogos, aos Beneficiários indicados na Proposta de Adesão (Condições Especiais), de acordo com as coberturas estabelecidas no presente Contrato, visando ainda a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, observando-se o Rol de Procedimentos editado pela ANS vigente à época do evento, em atenção ao que estabelece o inciso I, do art. 1º, da Lei no 9.656/1998.

**1.2.** Fazem parte do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, além da presente Condições gerais: a Proposta de Admissão corretamente preenchida; Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol (Anexo I), Lista de Eventos Para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial (Anexo II), Tabela de Procedimentos - Reembolso (Anexo III), Tabela de procedimentos cobertos – extra rol (Anexo IV), Guia de Leitura Contratual (Anexo V), Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (Anexo VI), sendo certo que todos os documentos citados encontram-se registrados no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sob o nº xxxxxxxx.

### **CLÁUSULA SEGUNDA** **DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO DE SAÚDE**

**2.1. Nome Comercial e Nº de Registro do plano na ANS:** Indicado na Proposta de Adesão (Condições Especiais), parte integrante deste contrato.

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

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

**2.4. Área Geográfica de Abrangência do plano de saúde:** Nacional.

**2.5. Formação do Preço:** Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial é em regime de pré-pagamento.

## CLÁUSULA TERCEIRA DAS DEFINIÇÕES

**3.1.** Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

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

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a OPERADORA fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo CONTRATANTE.

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

**BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física indicada na Proposta de Adesão para ser inscrita no Plano de Benefícios como Titular ou Dependente que usufruirá os serviços odontológicos contratados.

**CARÊNCIA:** é o prazo ininterrupto, contado a partir do primeiro dia útil após a quitação da primeira parcela mensal, durante o qual o Beneficiário não tem direito à cobertura contratada, muito embora sejam devidas as mensalidades.

**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 Adesão.

**CONTRATANTE:** é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata o Plano de Benefícios Odontológicos para si próprio, na qualidade de Beneficiário Titular, e/ou para seus Dependentes.

**CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO:** instrumento celebrado entre a OPERADORA e o CONTRATANTE, que tem por finalidade garantir a assistência odontológica pela OPERADORA ao CONTRATANTE e aos Beneficiários por ele indicados na Proposta de Adesão, nos limites do Plano de Benefícios.

**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.

**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.

**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.

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

**MENSALIDADE:** o valor pré-estabelecido, fixado na Proposta de Adesão, a ser pago mensalmente pelo (a) CONTRATANTE, de acordo com o número de Beneficiários inscritos, independentemente da utilização do Plano de Benefícios.

**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.

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

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS:** são todos os atos odontológicos que têm por objetivo a recuperação, manutenção ou avaliação da saúde oral dos Beneficiários.

**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.

**PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento emitido pela OPERADORA, preenchido e assinado pelo (a) CONTRATANTE, que contém a qualificação completa de todos os Beneficiários, a indicação do Plano de Benefícios contratado, o valor da mensalidade, a forma de pagamento e os demais dados necessários à operação do Plano de Benefícios.

**REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES:** é o grupo de prestadores (clínicas odontológicas e cirurgiões dentistas) credenciados pela OPERADORA, colocados à disposição dos Beneficiários para prestar-lhes assistência odontológica.

**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.

**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.

**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 registrada periodicamente no Cartório de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, sendo, ainda, a tabela disponibilizada para consulta dos Beneficiários pela CONTRATANTE e nos canais de atendimento da CONTRATADA.

**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.

#### **CLÁUSULA QUARTA** **DO TIPO DE CONTRATAÇÃO**

**4.1.** O Plano de Benefícios objeto deste Contrato é destinado exclusivamente para pessoas físicas, observando-se as seguintes variações:

- a)** Contrato INDIVIDUAL é aquele que tem um único Beneficiário Titular.
- b)** Contrato EM GRUPO é aquele que tem como Beneficiários, além do Beneficiário Titular, o mínimo de 01 (um) Beneficiário Dependente.
- c)** Contrato FAMILIAR é aquele que tem como Beneficiários ambos os cônjuges e seus filhos(as), enteados(as), curatelados(as) elou tutelados(as), dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade.

**4.2.** Os menores de 18 (dezoito) anos de idade, somente poderão ser Beneficiários Titulares do Contrato quando possuir um responsável maior de idade que contrata o plano odontológico, podendo este não ser Beneficiário do Contrato.

**4.3.** O CONTRATANTE ou o responsável maior de idade indicado na Proposta de Adesão deverá responder por todos os dados incluídos na Proposta de Adesão, apresentando os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como, carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento elou casamento.

#### **CLÁUSULA QUINTA** **DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E DE EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

**5.1.** São considerados Beneficiários aqueles indicados expressamente pelo CONTRATANTE na Proposta de Adesão e aprovados pela OPERADORA. A aprovação está condicionada ao preenchimento dos requisitos, inclusive os documentos no presente Contrato.

- a)** É considerado Beneficiário Titular, aquele indicado como tal na Proposta de Adesão.
- b)** São considerados Beneficiários Dependentes, aqueles indicados como tal na Proposta de Adesão (Condições Especiais), e que possuam a seguinte relação de dependência com o(a) CONTRATANTE: cônjuge, ou filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), dependentes economicamente do CONTRATANTE, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros, com até 21(vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer

idade.

**5.1.1.** O(A) CONTRATANTE deverá apresentar no ato da assinatura da Proposta de Adesão (Condições Especiais), os documentos que comprovem a referida relação de dependência com o Beneficiário Dependente, indicados no presente Contrato.

**5.2.** Durante a vigência do presente Contrato, o(a) CONTRATANTE poderá solicitar, por escrito, a inclusão de novos Beneficiários Dependentes, os quais estarão sujeitos ao cumprimento de período de carência, nos termos deste Contrato. Todavia, estarão isentos do cumprimento de período de carência, os filhos ou cônjuge do CONTRATANTE, incluídos no prazo máximo de até 30 (trinta) dias contados, respectivamente, da data de nascimento ou da data do casamento.

**5.2.1.** Para a efetivação das inscrições indicadas no item 5.2. supra, o(a) CONTRATANTE deverá apresentar à OPERADORA a correta documentação comprobatória de referida relação de dependência.

**5.3.** Nos termos do inciso VII do artigo 12, da Lei 9.656/98, é assegurado ao filho adotivo do Beneficiário Titular, 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.

**5.4.** Os Beneficiários Dependentes serão excluídos do presente Contrato, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- a) automaticamente, em razão da extinção da relação de dependência com o(a) CONTRATANTE;
- b) mediante solicitação, por escrito, do(a) CONTRATANTE,
- c) fraude comprovada.

**5.4.1.** A OPERADORA permitirá que o Beneficiário excluído do Contrato em razão da extinção da relação de dependência, seja incluído em novo Contrato com igual cobertura, o qual deverá ser celebrado em até 60 (sessenta) dias após a data de sua exclusão, para aproveitamento do período de carência já cumprido no Contrato anterior. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de novo período de carência.

**5.4.2.** A exclusão de um dos cônjuges do Contrato Familiar, qualquer que seja o motivo, implicará na assinatura de um novo Contrato que passará para Individual ou Grupo, para aproveitamento do período de carência já cumprido no Contrato anterior. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de período de carência.

**5.4.3.** A extinção do vínculo do Beneficiário Titular (CONTRATANTE) do presente Contrato, ressalvadas as hipóteses de rescisão por inadimplência e/ou fraude, previstas no item 15.3, não necessariamente extingue o presente Contrato, sendo facultado aos Beneficiários Dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, desde que no prazo de 30 (trinta) dias seja expressamente manifestado o interesse na manutenção do Plano de Benefícios, devendo ser indicado o responsável pelo pagamento.

**5.5.** A exclusão de Beneficiário falecido ocorrerá no mês seguinte ao do falecimento, desde que a OPERADORA seja comunicada, por escrito.

**5.6.** Em caso de óbito do(a) CONTRATANTE, o cônjuge Beneficiário ou o Beneficiário mais idoso, passará a ser responsável pelo pagamento das mensalidades, tornando-se o novo Beneficiário

Titular. Nesses casos, a OPERADORA deverá ser comunicada, por escrito, do óbito, para que proceda a referida alteração contratual.

## **CLÁUSULA SEXTA** **DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**6.1.** Aos Beneficiários incluídos no presente Contrato é assegurada a seguinte cobertura:

- a) Os procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98;
- b) Os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento; e ainda,
- c) O 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.

**6.2.** Além das coberturas acima citadas, aos Beneficiários incluídos no Contrato são asseguradas as coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), da Organização Mundial de Saúde.

**6.3.** 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 exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

**6.4.** Além da Cobertura de que tratam os itens 6.1., 6.2. e 6.3. supra, o Beneficiário terá direito, também, às coberturas mais amplas, conforme o Plano de Benefícios contratado.

## **CLÁUSULA SÉTIMA** **DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**7.1.** Em qualquer hipótese, os procedimentos abaixo listados, 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;
  - Tratamentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
  - Consultas domiciliares;
  - 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;

- Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias.

## CLÁUSULA OITAVA DA CARÊNCIA

**8.1.** Os Beneficiários cumprirão os prazos de carência, expressamente indicados na Proposta de Adesão, contados a partir da data do aceite da Proposta de Adesão (Condições Especiais), do aceite do presente contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

## CLÁUSULA NONA MECANISMO DE REGULACÃO

**9.1.** O Beneficiário será atendido por dentistas integrantes da Rede Credenciada, em conformidade com o presente Contrato, mediante hora marcada. A data e a hora de consultas serão determinadas por iniciativa do Beneficiário e de acordo com a disponibilidade do dentista.

**9.2.** O ônus decorrente da ausência do Beneficiário a qualquer consulta, será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista integrante da Rede Credenciada, o direito de cobrar o equivalente a 01 (uma) consulta inicial, cujo valor seguirá ao da Tabela de Procedimentos - Reembolso (Anexo II).

**9.3.** No ato da consulta o Beneficiário deverá apresentar a carteirinha digital ou física, o CPF ou outro documento oficial com foto.

**9.4.** Os procedimentos que requerem autorização prévia estão assim indicados na Lista de Eventos para Autorização Prévia e ou Autorização Especial (Anexo II).

**9.4.1.** A resposta à solicitação de autorização prévia será emitida pela OPERADORA no prazo máximo de 1 (um) dia útil, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, em ambos os casos após a entrega obrigatória à OPERADORA da documentação abaixo relacionada:

- a) parecer devidamente assinado pelo profissional odontólogo assistente, que demonstre o justo motivo para a realização do referido tratamento e;
- b) das radiografias que comprovem a necessidade do referido tratamento, se o caso.

**9.5.** Caso seja identificado, por uma junta formada por profissionais odontólogos, que determinado procedimento poderá acarretar dano ou ser considerado inócuo ao Beneficiário, ficará a OPERADORA dispensada de pagar ou reembolsar ao Beneficiário os valores de tal procedimento, ainda que esteja contemplado na cobertura do Plano de Benefícios.

**9.5.1.** 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 OPERADORA.

**9.6.** Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada, o Beneficiário poderá consultar a Central de Atendimento da OPERADORA, cuja ligação é gratuita e o número está

indicado na Proposta de Adesão, ou ainda pelo sítio da OPERADORA no seguinte endereço:  
<https://bbdental.com.br>.

## **CLÁUSULA DÉCIMA** **DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**10.1.** 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.

**10.2.** 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.

**10.3.** 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.

**10.4.** O valor do ressarcimento será calculado multiplicando-se a 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 (Anexo III).

**10.4.1** O multiplicador (U.O) para fins de ressarcimento, indicado na proposta de admissão, será reajustado anualmente, de acordo com a composição do reajuste prevista na Tabela de procedimentos - Reembolso (Anexo III).

**10.5.** 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.

**10.6.** O ressarcimento das despesas que alude a presente cláusula será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à OPERADORA pelo CONTRATANTE da seguinte documentação:

- Formulário de Reembolso (FR), que deverá conter:

- 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 (um evento por linha) com número do dente/área ou região, faces, quantidade, valor individual e data de realização.
- 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 e assinatura do beneficiário Titular e do dentista que realizou o tratamento (nome, CPF e CRO).

**10.7.** O ressarcimento será efetuado por meio de depósito bancário na conta e titularidade do (a) CONTRATANTE ou de quem este expressamente vier a indicar na Proposta Contratual, 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;
- 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;
- Termo de consentimento do beneficiário autorizando a realização do tratamento e com cópia de um documento pessoal. Este termo deverá conter o diagnóstico, descrição, data e local de realização dos eventos e prognóstico do caso.

**10.8.** O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data de emissão do documento fiscal (Recibo ou Nota Fiscal).

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

**10.10.** 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.

**10.11.** Procedimentos de Urgência e Emergência, de acordo com o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente:

- Consulta odontológica de Urgência;
- Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilo- facial;
- Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial;
- Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial;
- Redução simples de luxação de Articulação Têmpera-mandibular (ATM);
- Reimplante dentário com contenção;
- Tratamento de alveolite;
- Colagem de fragmentos dentários;
- Pulpectomia;
- Restauração temporária / tratamento expectante;
- Tratamento de pericoronarite;
- Recimentação de trabalhos protéticos;
- Consulta odontológica de Urgência 24h;
- Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilo-facial;
- Remoção de dreno extra-oral;
- Remoção de dreno intra-oral;
- Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
- Reembasamento de coroa provisória.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO EM REDE CREDENCIADA E EM LIVRE ESCOLHA

**11.1.** Caso o Beneficiário esteja inscrito no Plano com 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 mínimo de Procedimentos Odontológicos vigente, respeitados os limites e condições do Plano de Benefícios adquirido, conforme a Proposta Contratual.

**11.2.** As despesas decorrentes da realização de tais procedimentos fora da rede credenciada 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.

**11.3.** O valor do reembolso será calculado multiplicando-se a 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 (Anexo III).

**11.3.1.** O multiplicador (U.O) para fins de reembolso, indicado na proposta de adesão, será reajustado anualmente, de acordo com a composição do reajuste prevista na Tabela de procedimentos - Reembolso (Anexo III).

**11.4.** Nos procedimentos que exigem autorização prévia ou autorização especial, 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.

**11.5.** 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.

**11.6.** Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada da CONTRATADA, poderá qualquer parte interessada consultar através do site <https://beneficiario.bbdental.com.br/rede-credenciada>, ou ainda pelo aplicativo da CONTRATADA, disponível nas plataformas de download.

**11.7.** 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 <https://beneficiario.bbdental.com.br/rede-credenciada> ou na sua Central de Atendimento e Relacionamento.

**11.8.** 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 na Cláusula Décima – do Atendimento de Urgência e Emergência.

**11.9.** O reembolso das despesas que alude a a presente cláusula será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à OPERADORA pelo CONTRATANTE da seguinte documentação:

- Formulário de Reembolso (FR), que deverá conter:

- 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 (um evento por linha) com número do dente/área ou região, faces, quantidade, valor individual e data de realização.
- 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 e assinatura do beneficiário Titular e do dentista que realizou o tratamento (nome, CPF e CRO).

**11.10.** O reembolso 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;
- No caso de haver dúvidas quanto à execução e indicação do tratamento, poderão ser solicitados

- do- cumentos complementares para esclarecimento;
- Formulário de Requisição, devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável, segundo as normas descritas no verso do referido formulário, disponibilizado pela CONTRATADA através de solicitação feita 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, contados a partir da data do envio do pedido de reembolso, e poderão ser solicitados a qualquer momento pela CONTRATADA.

**11.11.** O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data de emissão do documento fiscal (Recibo ou Nota Fiscal).

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

**11.13.** 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.

**11.14.** 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 serem refeitos, previstos na Tabela de Procedimentos – Reembolso (Anexo II), em uma ou mais entidades e/ou profissionais, em seu nome ou em nome de outra pessoa, seja como titular ou dependente.

**11.15.** A CONTRATADA não reembolsará as despesas pela realização dos mesmos procedimentos realizados, ainda que em contratos diferentes, caracterizando a mesma fonte de pagamento.

**11.16.** 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 SEGUNDA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE E DA FORMA DE PAGAMENTO

**12.1.** A OPERADORA esclarece que o valor a ser pago pelo Plano de Benefícios contratado é PRÉ-ESTABELECIDO, ou seja, o valor da mensalidade é ajustado antes da utilização Plano de Benefícios.

**12.1.1.** Caso o plano contratado possua co-participação, o percentual desta constará das Condições Especiais e a Tabela de Procedimentos sujeitos a COPARTICIPAÇÃO a que se aplica no Anexo VIII.

**12.2.** No ato do aceite da Proposta de Adesão (Condições Especiais), o(a) CONTRATANTE deverá pagar, através da opção de pagamento informada na Proposta de Adesão, em até 10 (dez) dias úteis, a primeira mensalidade, calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos.

**12.2.1.** Fica desde já pactuado que o Contratante poderá, a seu critério, efetuar o pagamento do Plano de Benefícios, referente ao período de 12 (doze) meses, de forma anual, antecipando-se a quantidade de parcela(s), mediante concessão de desconto ou redução no prazo de carências, opções indicadas na Proposta de Adesão, mantendo-se as todas as demais condições contratuais.

**12.2.2.** Nos termos acima, o CONTRATANTE, ao contratar o plano poderá optar pelo pagamento mensal ou anual. Para cada opção, o CONTRATANTE reconhece e assume os valores relacionados à referida opção constante na Proposta de Adesão.

**12.3.** As mensalidades subsequentes à primeira terão como data de vencimento o mesmo dia da data de aceite da Proposta de Adesão, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas da forma escolhida pelo CONTRATANTE na Proposta de Adesão.

**12.4.** Quando a data de vencimento da mensalidade cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado até o primeiro dia útil subsequente.

**12.5.** No caso de atraso no pagamento da mensalidade, o valor será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois) por cento, além de juros de mora de 1 % (um) por cento ao mês (0,033% ao dia).

**12.6.** A quitação de uma mensalidade não presume a quitação das mensalidades anteriores.

**12.7.** Se durante a vigência do presente Contrato a forma de pagamento escolhida pelo CONTRATANTE na Proposta de Adesão, for comprovadamente inviável, qualquer que seja o motivo, a OPERADORA automaticamente emitirá cobrança bancária.

**12.7.1.** Caso o CONTRATANTE não receba a cobrança em até 02 (dois) dias úteis antes da data de seu vencimento, deverá imediatamente entrar em contato com a OPERADORA, para receber instruções sobre a realização do pagamento dentro do prazo de vencimento, não cabendo qualquer alegação posterior.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** **DO REAJUSTE**

**13.1.** O reajuste do valor da mensalidade estipulado na Proposta de Adesão ocorrerá anualmente, de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo — IPCA/IBGE. Somente será considerado para fins de reajuste a variação positiva do índice em referência.

**13.2.** Fica desde já pactuado que havendo permissivo legal, referida mensalidade será reajustada na menor periodicidade legalmente permitida.

**13.3.** A OPERADORA, nos termos da legislação vigente, comunicará o percentual de reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**13.4.** Caso o índice pactuado sofra descontinuidade na apuração, a OPERADORA oferecerá ao Beneficiário através de termo aditivo ao presente Contrato, um novo índice oficial divulgado por uma instituição externa. A não manifestação do Beneficiário quanto à cláusula proposta, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do referido termo aditivo, implicará na adoção, para fins de reajuste, do IGPM, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas.

**13.5.** A OPERADORA manterá por 05 (cinco) anos o comprovante de recebimento pelo Beneficiário Titular da proposta de termo aditivo.

**13.6.** A OPERADORA não utiliza a faixa etária como critério para a variação do preço da mensalidade.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** **DA VIGÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

**14.1.** O prazo de vigência deste Contrato é de 12 (doze) meses, com início a partir do aceite da Proposta de Adesão, do aceite do presente Contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, de forma que não se prolongue os períodos de carência ajustados.

**14.2.** Ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifestação do(a) CONTRATANTE, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será renovado por prazo indeterminado, sendo vedada no ato da renovação a recontagem de carências e a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** **DA RESCISÃO DO CONTRATO**

**15.1.** O(A) CONTRATANTE poderá rescindir o presente Contrato antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses, mediante o pagamento à OPERADORA da multa no valor correspondente a 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.

**15.2.** Caso o(a) Contratante tenha optado pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual, na hipótese de rescisão citado no item 15.1, a quantia remanescente será devolvida com abatimento da quantia referente à multa, e acrescido do valor concedido a título de desconto.

**15.3.** A OPERADORA poderá rescindir o presente Contrato, mediante simples denúncia

notificada à parte contrária, nas seguintes hipóteses:

- a)** por fraude comprovada, perdendo o CONTRATANTE e seus Beneficiários, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais;
- b)** por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o 50º dia da inadimplência.

**15.4** O Beneficiário fica ciente de que a Contratante poderá realizar a notificação por inadimplência que trata a cláusula 15.3, item b, por meio dos seguintes canais:

- c)** Correio eletrônico (e-mail), enviada ao endereço de e-mail informado pelo Beneficiário;
- d)** Mensagem de texto via aplicativo de mensagem ou SMS, enviados ao número de telefone informado pelo Beneficiário; e
- e)** Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor.

**15.4.1.** O beneficiário fica, desde já, ciente que se esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos na cláusula 15.4, a Contratante poderá suspender ou rescindir unilateralmente o presente contrato por inadimplência, decorrido o prazo de 10 (dez) dias da última tentativa.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA** **DA PROTEÇÃO E PRIVACIDADE DE DADOS**

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

**16.2.** A OPERADORA declara adotar todas as medidas de segurança necessárias para a proteção de dados pessoais contra, incluindo, mas não limitado a violações ou incidentes de segurança e acessos não autorizados.

**16.3.** A OPERADORA reconhece que, como parte da execução do Contrato, armazena, coleta, trata ou de qualquer outra forma processa dados pessoais na categoria de Controladora. A OPERADORA assegura que qualquer pessoa física ou jurídica, agindo sob sua autorização e que possua acesso aos dados pessoais, estará vinculada por obrigações contratuais que disponham de proteções equivalentes às previstas na Lei Geral de Proteção de Dados.

**16.4.** A OPERADORA compromete-se a informar o(a) CONTRATANTE sobre qualquer violação ou incidente de segurança relacionado ao serviço que derive ou possa derivar em um eventual tratamento inadequado ou ilícito no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, contado do momento imediato do conhecimento do ocorrido.

**16.5.** A OPERADORA tomará de forma imediata todas as providências que se façam necessárias

para cumprir com qualquer requisição da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (“ANPD”) ou demais Órgãos ou, ainda, com solicitações de titulares de dados pessoais, envolvendo ou não, violação ou incidente de segurança relacionado ao objeto do presente Contrato.

**16.6.** Em caso de rescisão do Contrato ou término dos serviços objeto deste Contrato, a OPERADORA armazenará os dados pessoais aos quais teve acesso em virtude do presente instrumento pelo prazo legal ou regulamentar necessário. Findo o prazo de armazenamento, a OPERADORA se obriga a destruir tais dados pessoais de forma segura.

**16.7.** A OPERADORA tratará os Dados Pessoais de acordo com as regras estabelecidas em sua Política de Privacidade [site-brasildental\\_politica-de-privacidade\\_versao-publica.pdf](#).

**16.8.** Para os fins deste instrumento, são considerados:

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

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

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**17.1.** A OPERADORA tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de prestadores em sua Rede Credenciada, sendo certo que as informações sobre a Rede Credenciada atualizada poderá ser obtida através da Central de Atendimento, cuja ligação é gratuita e o número está indicado na Proposta de Adesão ou através do site <https://bbdental.com.br/>

**17.2.** As modificações no Contrato que não alterem as características do Plano de Benefícios Odontológicos, somente serão admitidas através de Termos de Aditamentos celebrados entre as partes.

**17.3.** Os casos omissos no presente Contrato serão resolvidos de comum acordo entre as partes.

**17.4.** 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.

**17.5.** O CONTRATANTE declara expressamente ter recebido, neste ato, cópia do presente Contrato, o qual estabelece em linguagem clara e simples sobre todos os direitos e obrigações contratuais dos Beneficiários, as formas e condições de utilização do Plano de Benefícios, os limites de cobertura, os procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como as informações sobre os recursos disponibilizados pela OPERADORA para verificação dos integrantes da Rede Credenciada.

**17.5.1** Digital: Autorizo a Brasildental a emitir e enviar a documentação (Certificado Individual, Carnê ou Boletos de Cobrança, Carteirinha do Segurado) e informações importantes do meu seguro através de meios remotos de comunicação (SMS, Correio Eletrônico, Aplicativos de mensagens, como, por exemplo, WhatsApp, ou outros meios digitais).

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

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

**17.8.** 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.

### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA** **DA ASSINATURA ELETRÔNICA**

**18.1.** 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 conseqüente devolução do presente documento, sem necessidade de qualquer outra formalização entre as partes neste sentido.

### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA** **DO FORO**

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

Este Contrato e seus anexos encontram-se registrados no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, Estado de São Paulo, sob o nº 2468168, e estão ainda disponibilizados para consulta na sede da Operadora.

<b>BB DENTAL JÚNIOR</b>		
<b>Evento</b>	<b>Descrição do Evento</b>	<b>Especialidade</b>
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
82.000.352	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 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

**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](http://bbdental.com.br)



ANS - nº 41941-9

BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: Flavio M. Batista – CRO/SO nº 36632

<b>BB DENTAL JÚNIOR</b>		
<b>Evento</b>	<b>Descrição do Evento</b>	<b>Especialidade</b>
82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	Cirurgia
82.001.707	Ulectomia	Cirurgia
82.001.715	Ulotomia	Cirurgia
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	Dentística
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	Diagnóstico
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	Emergência
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

**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](http://bbdental.com.br)



ANS - nº 41941-9

BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: Flavio M. Batista – CRO/SO nº 36632

<b>BB DENTAL JÚNIOR</b>		
<b>Evento</b>	<b>Descrição do Evento</b>	<b>Especialidade</b>
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	Endodontia
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 cariostático	Odontopediatria
84.000.058	Aplicação de selante - técnica invasiva	Odontopediatria
84.000.074	Aplicação de selante de fósulas 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	Odontopediatria
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	Periodontia
84.000.090	Aplicação tópica de flúor	Prevenção
84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal	Prevenção

**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](http://bbdental.com.br)



ANS - nº 41941-9

BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: Flavio M. Batista – CRO/SO nº 36632

BB DENTAL JÚNIOR		
Evento	Descrição do Evento	Especialidade
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	Prevenção
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	Prótese Dentária
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	Radiologia

BB DENTAL JÚNIOR			
Evento	Descrição do Evento	Descrição da Especialidade	Observações sobre a operação dos eventos
81.000.197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	Cirurgia	Autorização Especial
81.000.200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	Cirurgia	Autorização Especial
81.000.219	Diagnóstico e tratamento de halitose	Cirurgia	Autorização Especial
81.000.235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	Cirurgia	Autorização Especial
82.000.190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	Cirurgia	pré-aprovação
82.000.280	Biópsia de maxila	Cirurgia	pré-aprovação
82.000.298	Bridectomia	Cirurgia	pré-aprovação
82.000.301	Bridotomia	Cirurgia	pré-aprovação
82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	Cirurgia	pré-aprovação
82.000.743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Cirurgia	Autorização Especial
82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Cirurgia	Autorização Especial
82.000.794	Exérese ou excisão de mucocele	Cirurgia	Autorização Especial
82.000.808	Exérese ou excisão de rânula	Cirurgia	Autorização Especial
82.000.883	Frenulectomia labial	Cirurgia	pré-aprovação
82.000.891	Frenulectomia lingual	Cirurgia	pré-aprovação
82.000.905	Frenulotomia labial	Cirurgia	pré-aprovação
82.000.913	Frenulotomia lingual	Cirurgia	pré-aprovação
82.001.103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	Cirurgia	Autorização Especial
82.001.367	Remoção de odontoma	Cirurgia	Autorização Especial
82.001.510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	Cirurgia	Autorização Especial
82.001.529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	Cirurgia	Autorização Especial
82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	Cirurgia	pré-aprovação
82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Cirurgia	Autorização Especial
82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	Cirurgia	Autorização Especial
00.000.033	Núcleo de preenchimento para restauração	Dentística	pré-aprovação
85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Dentística	pré-aprovação
85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo	Dentística	pré-aprovação
85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	Dentística	pré-aprovação
82.000.506	Controle pós-operatório em odontologia	Diagnóstico	Autorização Especial
85.100.056	Curativo de demora em endodontia	Endodontia	Autorização Especial
85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Endodontia	Autorização Especial
81.000.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	Odontologia Legal	Autorização Especial
81.000.014	Condicionamento em Odontologia	Odontopediatria	pré-aprovação
82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	Odontopediatria	pré-aprovação
83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo	Odontopediatria	Autorização Especial
84.000.031	Aplicação de carióstático	Odontopediatria	pré-aprovação
84.000.112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	Odontopediatria	pré-aprovação
84.000.201	Remineralização	Odontopediatria	pré-aprovação
85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente	Odontopediatria	Autorização Especial
85.100.242	Adequação do Meio Bucal	Odontopediatria	Autorização Especial
87.000.032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	Odontopediatria	pré-aprovação
87.000.148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em o	Odontopediatria	pré-aprovação
82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho	Periodontia	pré-aprovação
82.000.646	Enxerto conjuntivo subepitelial	Periodontia	pré-aprovação
82.000.662	Enxerto gengival livre	Periodontia	pré-aprovação
82.000.689	Enxerto pediculado	Periodontia	pré-aprovação
82.000.921	Gingivectomia	Periodontia	pré-aprovação
82.000.948	Gingivoplastia	Periodontia	pré-aprovação
85.300.047	Raspagem supra-gengival	Periodontia	pré-aprovação
84.000.228	Teste de capacidade tampão da saliva	Prevenção	Autorização Especial
84.000.236	Teste de contagem microbiológica	Prevenção	Autorização Especial
84.000.252	Teste de PH Salivar	Prevenção	Autorização Especial
85.400.076	Coroa provisória com pino	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.084	Coroa provisória sem pino	Prótese Dentária	pré-aprovação

BB DENTAL JÚNIOR			
Evento	Descrição do Evento	Descrição da Especialidade	Observações sobre a operação dos eventos
85.400.092	Coroa total acrílica prensada	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.114	Coroa total em cerômero (Conforme diretriz da ANS, somente para dentes anteriores)	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.149	Coroa total metálica	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.211	Núcleo de preenchimento	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.220	Núcleo metálico fundido	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.262	Pino pré fabricado	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.459	Provisório para Restauração metálica fundida	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.556	Restauração metálica fundida	Prótese Dentária	pré-aprovação

Central de atendimento:  
0800 602 0001

SAC:  
0800 602 8001

Deficiente auditivo ou de fala:  
0800 602 2222

Ouvidoria BB Dental:  
0800 602 4442

[bbdental.com.br](http://bbdental.com.br)        /BrasilDental

ANS - nº 41941-9 Brasilental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: Flavio M. Batista - CRO/SO nº 36632

**BB DENTAL JÚNIOR**

<b>Evento</b>	<b>Descrição do Evento</b>	<b>Descrição da Especialidade</b>	<b>QTDE UO Reembolso</b>
00.000.008	Consulta de Especialista em Estomatologia	Cirurgia	29,16
00.000.033	Núcleo de preenchimento para restauração	Dentística	93,60
00.000.051	Restauração de pino	Dentística	95,69
82.001.642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	Emergência	39,08
81.000.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	Odontologia Legal	29,16
85.100.242	Adequação do Meio Bucal	Odontopediatria	19,83
00.000.009	Consulta de Especialista em Periodontia	Periodontia	58,32
82.000.646	Enxerto conjuntivo subepitelial	Periodontia	87,49
82.001.464	Sepultamento radicular	Periodontia	142,00
84.000.228	Teste de capacidade tampão da saliva	Prevenção	29,16
84.000.236	Teste de contagem microbiológica	Prevenção	29,16
85.400.092	Coroa total acrílica prensada	Prótese Dentária	243,22
81.000.570	Técnica de Localização radiográfica	Radiologia	95,00

Central de atendimento:  
0800 602 0001

SAC:  
0800 602 8001

Deficiente auditivo ou de fala:  
0800 602 2222

Ouvidoria BB Dental:  
0800 602 4442

[bbdental.com.br](http://bbdental.com.br)



ANS - nº 41941-9

BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: Flavio M. Batista – CRO/SO nº 36632

## Guia de Leitura Contratual

<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	01 - CG
<b>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	01 - CG
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	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
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia ambulatorial, odontológico	01 - CG
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	05 - CG
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	05-CG
<b>CARÊNCIAS</b>	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.	N/A
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	

<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	06-CG
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	10 - CE
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	11- 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](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.**

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



**ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar



Ministério da Saúde



BRASIL  
UM PAÍS DE TODOS

---

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

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

ANS - Nº 41941-9 | Brasilental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: Flavio M. Batista - CRO/SP nº 36632

## 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 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 enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença pro fissional 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 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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

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

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

**BRASIL DENTAL**

Uma empresa BB Seguros

BRASIL DENTAL OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS S.A.  
CNPJ 19.962.272/0001 - 09  
Nº do registro da ANS: 41.941-9  
Site: <http://www.brasildental.com.br>  
Telefone 0800 602 0001 / 0800 602 8001 / DEFICIENTE AUDITIVO OU DE FALA 0800 602 2222

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

<p><b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b></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° 162/2007.</p>	<p>Coletivo Empresarial</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1472 121 1961 296">Com 30 participantes ou mais</td> <td data-bbox="1961 121 2905 296">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="1472 296 1961 380">Com menos de 30 participantes</td> <td data-bbox="1961 296 2905 380">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.</td> </tr> </table> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.</p>	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.
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.					
<p><b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b></p>	<p>É importante que o consumidor verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>					
<p><b>REAJUSTE</b></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° 63/2003</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° 63/2003</p>				
<p><b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b></p>	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestadores 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><b>VIGÊNCIA</b></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><b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b></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 50º 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 congêneres, órgão público ou empresa.

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

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do 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 mantém 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.