

BRASILDENTAL

PLANO ODONTOLÓGICO

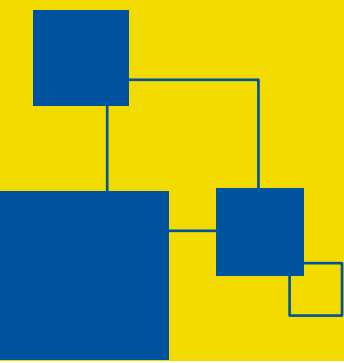
BB DENTAL PRÓTESE IFLE

CONHEÇA AS CARACTERÍSTICAS DO SEU PLANO:

- Nome comercial ANS:
Plano odontológico BB DENTAL PRÓTESEIFLE
- Registro ANS: 490.036/21-7

NESTE CONTRATO CONSTA:

- GLC - Guia de Leitura Contratual
- Contrato de Plano Odontológico
- Tabela de Procedimentos Cobertos e de Reembolso - T.P.RE.
- Lista de eventos para autorização prévia e/ou Autorização Especial



TERMO DE ADESÃO AO CONVÊNIO DE PLANO ODONTOLÓGICO - PESSOA FÍSICA

Alameda Araguaia, nº 2104 - 19º andar - Conjunto 194 A. Alphaville Industrial - Barueri/SP
Caixa Postal 065181-8 CEP 06455-000

Numero da proposta:

1. DADOS DO CONTRATANTE (responsável financeiro)

Nome	CPF	Data Nascimento
------	-----	-----------------

2. FORMAS DE PAGAMENTO

Boleto, Cartão de crédito ou Débito Automático

- Autorizo desconto no meu cartão de crédito nº _____ Val. _____ / _____
Cód. Seg. _____ Nome do Titular _____
- Autorizo débito em conta bancária no Banco _____
Agência _____ Conta Corrente nº _____
- Autorizo emissão de boleto para pagamento em bancos e/ou correspondentes bancários.
- Autorizo débito na minha conta de energia UC (Unidade Consumidora) _____
- Autorizo desconto na minha folha de pagamento (anexar contracheque)
Nº Matrícula _____ Órgão: _____ () Federal () Estadual () Municipal

Obs.: O atraso no pagamento ensejará a cobrança de multa e juros moratórios nos termos da Cláusula Décima Terceira das Condições Gerais.

3. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO PLANO

Nome do titular	CPF	Data Nascimento
Nome da mãe	Sexo	Celular
E-mail		
Endereço	Numero	Complemento
Município	UF	CEP
DEPENDENTES		

Nome do Dependente	CPF	Data Nascimento
Nome da mãe	Sexo	Celular
E-mail		
Endereço	Numero	Complemento
Município	UF	CEP

4. CARÊNCIAS DO PLANO

BB DENTAL PRÓTESE IFLE MENSAL	90 DIAS CIRURGIA GERAL	180 DIAS PRÓTESE
BB DENTAL PRÓTESE IFLE ANUAL	SEM CARÊNCIA CIRURGIA GERAL	120 DIAS PRÓTESE

5. DADOS DOS PLANOS DE BENEFÍCIOS

IDENTIFICAÇÃO DO PLANO	VALOR TITULAR	VALOR DEPENDENTE	VALOR TOTAL	PERÍODOS DE CARÊNCIA (CONTADOS DO INÍCIO DA VIGÊNCIA)

INÍCIO DA VIGÊNCIA

Data da contratação da Proposta de Adesão

ÍNDICE DE REAJUSTE DO VALOR DA MENSALIDADE

IPCA/IBGE

6. FORMALIZAÇÃO

Declaro que li e tive 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 do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde; b) ter recebido neste ato e ter conhecimento do Guia de Leitura Contratual; c) serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim inseridos na presente Proposta de Adesão e as demais informações prestadas a OPERADORA para os fins da execução do presente Contrato; d) ser o devedor das parcelas e das demais obrigações decorrentes do Plano de Benefícios que agora subscrevo, conforme meio de pagamento optado no item "FORMAS DE PAGAMENTO" desta

Proposta; e) ter ciência que em caso de não pagamento das devidas parcelas no meio de pagamento escolhido na adesão, a cobrança do Plano Odontológico será efetuada via boleto bancário; f) reconhecer que a eventual redução e/ou isenção dos prazos de carência não alteram as demais condições e coberturas do Contrato; g) 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 da Proposta de Adesão e de que contarei com períodos de carência expressamente indicados na Proposta de Adesão; g-1) caso a opção seja pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual com desconto, 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 4 (quatro) 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) ter ciência caso o titular do contrato seja menor de 18 anos, o CONTRATANTE assume a responsabilidade legal pelo menor de idade; j) ter 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 CONTRATANTE optar por outra forma de pagamento, devendo, neste caso, contatar a OPERADORA e solicitar a alteração, informando os dados necessários; k) ter conhecimento de que a forma de pagamento, caso seja opção cartão de crédito, os encargos devidos em caso de atraso, falta ou pagamento parcial da fatura do cartão, obedecerão às regras descritas no contrato de cartão de crédito firmado entre o CONTRATANTE e a administradora do cartão de crédito; l) ter conhecimento de que para os fins do presente Plano de Benefícios são considerados Beneficiários Dependentes do Beneficiário Titular: cônjuge ou filhos(as), enteado(as), curatelado(as) e/ou tutelado(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 BRASIL DENTAL, 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) estar ciente de que poderei consultar a Rede Credenciada também através do site www.brasildental.com.br; q) ser responsável perante a OPERADORA pelos atos de todos os Beneficiários por mim inscritos na presente Proposta; r) poderá a OPERADORA, em caso de inadimplência, para a cobrança de seus créditos, nos termos da lei, inscrever o nome do Contratante em banco de dados cadastrais de Serviços de Proteção ao Crédito; s) ter conhecimento de que os Beneficiários Dependentes, incluídos no momento da adesão do Titular ou em data posterior, obedecerão às mesmas regras descritas no contrato e previstas para o Beneficiário Titular do Plano Odontológico; t) ter conhecimento de que eventuais acréscimos de cobertura decorrentes de norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, salvo disposição expressamente impeditiva, integrarão automaticamente o Contrato; u) o CONTRATANTE será responsável exclusivamente pela autorização de débito das parcelas de acordo com a opção de pagamento escolhida; v) 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 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; x) que a BB Dental, 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/2020/08/site-bbdental-doc-politica-de-privacidade-brasil-dental-1.pdf>; y) informo que li e estou ciente da Política de Proteção de Dados Pessoais da BB Dental, concordando com seus termos e condições para tratamento dos meus dados pessoais.

_____, ____ de _____ 20____

Operadora

Contratante

Beneficiário/Titular

www.bbdental.com.br

CENTRAL DE ATENDIMENTO E RELACIONAMENTO
(24 horas, 7 dias por semana) • 0800 602 0001

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR - SAC
(24 horas, 7 dias por semana) • 0800 602 8001

DEFICIENTE AUDITIVO OU DE FALA
(24 horas, 7 dias por semana) • 0800 602 2222

OUVIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18 horas) • 0800 602 4442

**BRASILDENTAL**

Operadora: Brasildental Operadora de Planos Odontológicos S.A
CNPJ: 19.962.272/0001-09
Nº de registro na ANS: 41941-9

Nº de registro do produto:
Plano BB DENTAL PRÓTESE IFLE
490.036/21-7

Site: www.bbdental.com.br
Central de Atendimento: 0800 602 0001
SAC: 0800 602 8001

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano é destinado à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	III
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	III
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.	III
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	III
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor 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 consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	V
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	V

CARÊNCIAS

Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.

VI

MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	VI
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	XI
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	XI
RESCISÃO SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	XII

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o consumidor deve contatar sua operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800 701 96 56).

Para informar-se sobre esses e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo DisqueANS (08007019656).
ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa – RN nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



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

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

CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO

Modalidade Individual ou Familiar

BRASILDENTAL

Contrato de Plano Odontológico - Plano Individual - que entre si fazem, de um lado, BRASILDENTAL OPERADORA DE PLANOS ODONTOLOGICOS S.A., OPERADORA de Planos Exclusivamente Odontológicos, com sede no Município de Barueri, no Estado de São Paulo, na Alameda Araguaia, nº 2104 – 19º andar – Conjunto 194 A. Alphaville Industrial. CEP 06455-000, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 19.962.272/0001- 09, registrada no Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo sob o n.º 14049 e na ANS sob o n.º 419419 e classificada como Odontologia de Grupo, daqui por diante denominada OPERADORA, e o CONTRATANTE, qualificado na Proposta de Adesão, regendo-se de acordo com as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

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, 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 a Lei nº 9.656/1998.
2. A Proposta de Adesão, a Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE e os demais documentos necessários à operação deste Plano de Benefícios fazem parte integrante do presente Contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA NATUREZA DO CONTRATO

1. Trata-se de contrato de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, inclusive a obrigação de pagar a mensalidade, independentemente da utilização do Plano de Benefícios, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEFINIÇÕES

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

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.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: é a autarquia sob o regime especial

**CENTRAL
DE ATENDIMENTO**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUVIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

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.

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.

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.

Proposta de Adesão: é o documento emitido pela OPERADORA, preenchido e assinado pelo 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.

Plano de Benefícios: é o conjunto de coberturas estabelecidas no presente Contrato com a finalidade exclusiva de garantir aos Beneficiários o pagamento de despesas com procedimentos odontológicos realizados na Rede Credenciada ou o reembolso, nos limites do Plano de Benefícios.

Cobertura: são todos aqueles procedimentos odontológicos garantidos pelo Plano de Benefícios.

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

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

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.

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

Área de Abrangência Geográfica: área em que a OPERADORA fica obrigada a garantir

todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo CONTRATANTE.

Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE: é a lista indicativa de procedimentos odontológicos e seus respectivos valores aplicados às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência odontológica. Esta tabela encontra-se devidamente registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, Estado de São Paulo, juntamente com os demais documentos integrantes do Contrato, sendo que, além do Cartório, a tabela está disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede da OPERADORA, bem como no sítio da OPERADORA na internet.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1. O Plano de Benefícios de que trata este Contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o n.º 490.036/21-7, sendo denominado para fins comerciais como BB DENTAL PRÓTESE IFLE.
2. Nos termos do item 2, do Anexo II da RN n.º 100/2005 expedida pela ANS, o tipo de segmentação assistencial do Plano Individual (BB DENTAL PRÓTESE IFLE) é Odontológica.
3. Nos termos da legislação vigente, a área de abrangência geográfica do Plano de Benefícios é qualificada como Nacional.

CLÁUSULA QUINTA – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

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) e/ou 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.
- 5.2. 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.

5.3. 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 e/ou casamento.

CLÁUSULA SEXTA – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E DE EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

6.1. 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 exigidos 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, e que possuam a seguinte relação de dependência com o CONTRATANTE: conjuge 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.

6.1.1. O CONTRATANTE deverá apresentar no ato da assinatura da Proposta de Adesão, os documentos que comprovem a referida relação de dependência com o Beneficiário Dependente, indicados no presente Contrato.

2. Durante a vigência do presente Contrato, o 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.

1. Para a efetivação das inscrições indicadas no item 6.2. supra, o CONTRATANTE deverá apresentar à OPERADORA a correta documentação comprobatória de referida relação de dependência.

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.

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 CONTRATANTE;
- b) mediante solicitação, por escrito, do CONTRATANTE;
- c) fraude comprovada.

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 30 (trinta) 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.

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 novo período de carência.

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

6. Em caso de óbito do CONTRATANTE, o conjuge 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 SÉTIMA – DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

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

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, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal.

3. São assegurados ainda, nos termos da legislação vigente editada pela ANS, apenas e tão somente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

4. Os procedimentos cobertos pelo Plano de Benefícios são aqueles descritos na Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE.

CLÁUSULA OITAVA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

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 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;

- 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 NONA – DA CARÊNCIA

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, do aceite do presente contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO JUNTO À REDE CREDENCIADA

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 da consulta serão determinadas por iniciativa do Beneficiário e de acordo com a disponibilidade do dentista.
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 de Reembolso – T.P.RE.
3. No ato da consulta o Beneficiário deverá apresentar um documento de identidade oficial com fotografia e o número da inscrição indicado na Proposta de Adesão.
4. Os procedimentos que requerem autorização prévia estão assim indicados na Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE. 10.4.1. 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.

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.

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.

10.6. 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: www.bbdental.com.br.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. 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.

2. O presente Contrato garante, cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os atendimentos de urgência e emergência.

3. A OPERADORA assegurará o reembolso, de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE, das despesas efetuadas pelo Beneficiário nos casos de urgência ou emergência, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano de Benefícios, sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela OPERADORA junto a sua Rede Credenciada.

11.4. O reembolso será efetuado através de depósito bancário na conta corrente de titularidade do CONTRATANTE ou de quem este expressamente vier a indicar na Proposta de Adesão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória dos seguintes documentos, em seus originais, pelo Beneficiário à OPERADORA:

- recibo ou nota fiscal;
- nome do Beneficiário atendido;
- nome do Titular ou responsável pelo Contrato;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- laudo descrito do atendimento realizado, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
- CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clínica;
- data da realização do evento.

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

6. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a OPERADORA poderá pedir informações complementares, 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 reembolso possa ser efetuado.

7. 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 buco-maxilo-facial;
- Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilo-facial;
- Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilo-facial;
- Redução simples de luxação de Articulação Temporo-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 buco-maxilo-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 SEGUNDA – DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

1. O Beneficiário poderá realizar tanto na Rede Credenciada como em profissionais odontólogos não integrantes da Rede Credenciada, todos os procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios.

2. As despesas decorrentes da realização de tais procedimentos serão reembolsadas pela OPERADORA de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE, sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela OPERADORA junto a sua Rede Credenciada.

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

4. O reembolso das despesas a 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:

- recibo ou nota fiscal;
- nome do Beneficiário atendido;
- nome do Titular ou responsável pelo Contrato;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- laudo descrito do atendimento realizado, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
- CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clínica;
- data da realização do evento.

12.5. A documentação acima indicada deverá estar acompanhada das radiografias iniciais e finais de todos os tratamentos e procedimentos efetuados, desde que visualizáveis radiograficamente.

6. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a OPERADORA poderá pedir informações complementares, 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 reembolso possa ser efetuado.

7. A OPERADORA não reembolsará as despesas pela realização dos mesmos procedimentos, ainda que cobertos pelo Plano de Benefícios, executados em desacordo

com os prazos para reconfeção previstos na Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE, em uma ou mais entidades e/ou profissionais, em seu nome ou em nome de outra pessoa, seja como Titular ou Dependente.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO PREÇO DA MENSALIDADE E DA FORMA DE PAGAMENTO

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.

2. No ato do aceite da Proposta de Adesão, o CONTRATANTE deverá pagar, através da opção de pagamento informada na Proposta de Adesão, em até 04 (quatro) dias úteis, a primeira mensalidade, calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos.

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.

2. Nos termos acima, o CONTRATANTE, ao contratar o plano odontológico, poderá optar pelo pagamento mensal ou anual. No pagamento anual poderá, ainda, optar pela contratação com dispensa do cumprimento do prazo de carência. Para cada opção, o CONTRATANTE reconhece e assume os valores relacionados à referida opção constante na Proposta de Adesão.

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 paga da forma escolhida pelo CONTRATANTE na Proposta de Adesão.

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.
 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).
 6. A quitação de uma mensalidade não presume a quitação das mensalidades anteriores.
 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.
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 QUARTA – DO REAJUSTE

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 – IGPM.
2. Fica desde já pactuado que havendo permissivo legal, referida mensalidade será reajustada na menor periodicidade legalmente permitida.
3. A OPERADORA, nos termos da legislação vigente, comunicará o percentual de reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar.
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.
5. A OPERADORA manterá por 05 (cinco) anos o comprovante de recebimento pelo Beneficiário Titular da proposta de termo aditivo.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VIGÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

1. O prazo de vigência deste Contrato é de no mínimo 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.

2. Ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifestação do 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 SEXTA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

1. O 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.

2. Caso o CONTRATANTE tenha optado pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual, na hipótese de rescisão citado no item 16.1, a quantia remanescente será devolvida com abatimento da quantia referente à multa, e acrescido do valor concedido a título de desconto.

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.

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 sítio www.bbdental.com.br.

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA PRÁTICA DE MEDIDAS ANTICORRUPÇÃO E CÓDIGO DE ÉTICA DA CONTRATADA

1. As partes, **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** DECLARAM, sob as penas da Lei, conhecerem, cumprirem e exigirem o cumprimento da Lei nº. 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) e demais normas pertinentes ao tema, bem como do “Código de Conduta Ética” da **CONTRATADA**, este disponível no endereço eletrônico <https://bbdental.com.br/documentos-e-comunicados-importantes/>, COMPROMETENDO-SE por si e por seus sócios, administradores, diretores, funcionários, colaboradores, prepostos e/ou agentes a qualquer título (doravante denominados “Representantes”), a:

- (i) Conduzir todas suas práticas comerciais, financeiras e legais, inclusive as relacionadas ao Contrato de Plano Odontológico, de forma ética e legal, de acordo com o disposto na legislação aplicável acerca de práticas Anticorrupção, e com o “Código de Conduta Ética” supramencionado, e também respeitando estritamente o disposto na “Política Corporativa de Segurança da Informação” supramencionada (anexa);
- (ii) Cumprir e exigir o cumprimento da Lei nº. 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) e demais normas pertinentes ao tema em todos os níveis e esferas públicas e privadas, inclusive junto aos órgãos da Administração Pública Direta e Indireta, Nacional ou Estrangeira, rechaçando qualquer ato ou atividade que constitua ou possa ser entendido como *ato lesivo* aos interesses da Administração Pública Nacional ou Estrangeira e/ou transgressão à Lei Anticorrupção, principalmente, mas não se limitando às seguintes práticas: prometer, oferecer ou dar, diretamente ou indiretamente, vantagem indevida a

Agente Público ou a pessoa relacionada a ele, com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão do mesmo, assim como direcionar negócios a favor de qualquer pessoa ou entidade;

(iii) Possuir políticas, processos e procedimentos anticorrupção, em conformidade com as leis, regulamentos e disposições normativas que tratam do combate à corrupção e suborno, nacionais ou estrangeiras;

(iv) Denunciar à **CONTRATADA** por meio dos canais de comunicação disponíveis qualquer ação ou omissão, ainda que não haja provas, que venha a ter conhecimento e que importem em descumprimento da legislação Anticorrupção vigente, e/ou ao “Código de Conduta Ética” supramencionado; e

(v) Declara ainda a **CONTRATANTE** ter plena ciência de que o descumprimento do disposto na presente cláusula ensejará a rescisão motivada de quaisquer contratos e/ou negócios que tenha celebrado com a **CONTRATADA**, sem prejuízo das demais penalidades contratuais atreladas, bem como das demais medidas cabíveis em todas as esferas, inclusive, mas não se limitando à, medidas administrativas, criminais e de reparação de danos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA ASSINATURA ELETRÔNICA

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO

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 on° _____ em ____/____/____, e estão ainda disponibilizados para consulta na sededa OPERADORA.

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE	EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO
CIRURGIA		
Diagnóstico	81.000.030	Consulta odontológica
Diagnóstico	81.000.065	Consulta odontológica inicial
Diagnóstico	81.000.111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico	81.000.189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
Diagnóstico	82.000.506	Controle pós-operatório em odontologia
Emergência	81.000.049	Consulta odontológica de Urgência
Emergência	81.000.057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs
Emergência	82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.000.484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
Emergência	82.001.251	Reimplante dentário com contenção
Emergência	82.001.308	Remoção de dreno extra-oral
Emergência	82.001.316	Remoção de dreno intra-oral
Emergência	82.001.499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
Emergência	82.001.642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM
Emergência	82.001.650	Tratamento de alveolite
Emergência	85.100.048	Colagem de fragmentos dentários
Emergência	85.200.034	Pulpectomia
Emergência	85.200.085	Restauração temporária / tratamento expectante
Emergência	85.300.080	Tratamento de pericoronarite
Emergência	85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos
Emergência	85.400.475	Reembasamento de coroa provisória
Odontologia Legal	81.000.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria
Dentística	00.000.033	Núcleo de preenchimento para restauração
Dentística	00.000.051	Restauração de pino
Dentística	81.000.090	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro
Dentística	85.100.013	Capeamento pulpar direto
Dentística	85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável
Dentística	85.100.099	Restauração de amálgama - 1 face
Dentística	85.100.102	Restauração de amálgama - 2 faces
Dentística	85.100.110	Restauração de amálgama - 3 faces
Dentística	85.100.129	Restauração de amálgama - 4 faces
Dentística	85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face
Dentística	85.100.145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
Dentística	85.100.153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
Dentística	85.100.161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
Dentística	85.100.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
Dentística	85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
Dentística	85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
Dentística	85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
Dentística	85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo
Dentística	85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
Dentística	85.400.505	Remoção de trabalho protético

RTD: 1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUVIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE	EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO
CIRURGIA		
Odontopediatria	85.100.242	Adequação do meio bucal
Odontopediatria	81.000.014	Condicionamento em Odontologia
Odontopediatria	82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
Odontopediatria	83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.089	Exodontia simples de decíduo
Odontopediatria	83.000.097	Mantenedor de espaço fixo
Odontopediatria	83.000.100	Mantenedor de espaço removível
Odontopediatria	83.000.127	Pulpotomia em Dente Decíduo
Odontopediatria	83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo
Odontopediatria	83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo
Odontopediatria	84.000.031	Aplicação de carióstático
Odontopediatria	84.000.058	Aplicação de selante - técnica invasiva
Odontopediatria	84.000.074	Aplicação de selante de 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
Radiologia	81.000.570	Técnica de Localização radiográfica
Radiologia	00.000.061	Panorâmica Especial para ATM
Radiologia	81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)
Radiologia	81.000.340	Radiografia da ATM
Radiologia	81.000.367	Radiografia da mão e punho - carpal
Radiologia	81.000.375	Radiografia interproximal - bite-wing
Radiologia	81.000.383	Radiografia oclusal
Radiologia	81.000.405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
Radiologia	81.000.413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
Radiologia	81.000.421	Radiografia periapical
Radiologia	81.000.472	Telerradiografia
Radiologia	81.000.480	Telerradiografia com traçado cefalométrico
Radiologia	00.900.007	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)
Prevenção	84.000.090	Aplicação tópica de flúor
Prevenção	84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal
Prevenção	84.000.163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
Prevenção	84.000.198	Profilaxia: polimento coronário
Prevenção	84.000.228	Teste de capacidade tampão da saliva
Prevenção	84.000.236	Teste de contagem microbiológica
Prevenção	84.000.252	Teste de PH salivar
Prevenção	87.000.016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
Prevenção	87.000.024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
Periodontia	00.000.009	Consulta de Especialista em Periodontia

RTD: 1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUVIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE	EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO
CIRURGIA		
Periodontia	85.300.098	Manutenção Periodontal
Periodontia	82.000.026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
Periodontia	82.000.212	Aumento de coroa clínica
Periodontia	82.000.336	Cirurgia odontológica a retalho
Periodontia	82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho
Periodontia	82.000.646	Enxerto conjuntivo subepitelial
Periodontia	82.000.662	Enxerto gengival livre
Periodontia	82.000.689	Enxerto pediculado
Periodontia	82.000.921	Gengivectomia
Periodontia	82.000.948	Gengivoplastia
Periodontia	82.001.464	Sepultamento radicular
Periodontia	85.000.787	Imobilização dentária em dentes decíduos
Periodontia	85.300.012	Dessensibilização dentária
Periodontia	85.300.020	Imobilização dentária em dentes permanentes
Periodontia	85.300.039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
Periodontia	85.300.047	Raspagem supra-gengival
Periodontia	85.300.055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
Periodontia	85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo
Periodontia	85.300.071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA
Periodontia	82.001.685	Tunelização
Cirurgia	00.000.008	Consulta de Especialista em Estomatologia
Cirurgia	00.000.028	Remoção de corpo estranho no seio maxilar
Cirurgia	00.000.063	Redução de Tuberosidade
Cirurgia	81.000.197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
Cirurgia	81.000.200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
Cirurgia	81.000.219	Diagnóstico e tratamento de halitose
Cirurgia	81.000.235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia
Cirurgia	82.000.034	Alveoloplastia
Cirurgia	82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.069	Amputação radicular sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
Cirurgia	82.000.190	Aprofundamento/aumento de vestibulo
Cirurgia	82.000.280	Biópsia de maxila
Cirurgia	82.000.298	Bridectomia
Cirurgia	82.000.301	Bridotomia
Cirurgia	82.000.344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
Cirurgia	82.000.352	Cirurgia para exostose maxilar
Cirurgia	82.000.360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral
Cirurgia	82.000.387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral
Cirurgia	82.000.395	Cirurgia para torus palatino
Cirurgia	82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.000.557	Cunha proximal
Cirurgia	82.000.743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar

RTD:1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUVIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE	EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO
CIRURGIA		
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	82.001.502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
Cirurgia	82.001.510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
Cirurgia	82.001.529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
Cirurgia	82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Cirurgia	82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução
Cirurgia	82.001.707	Ulectomia
Cirurgia	82.001.715	Ulotomia
Endodontia	85.100.056	Curativo de demora em endodontia
Endodontia	85.200.018	Clareamento de dente desvitalizado
Endodontia	85.200.026	Preparo para núcleo intrarradicular
Endodontia	85.200.042	Pulpotomia
Endodontia	85.200.050	Remoção de corpo estranho intracanal
Endodontia	85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
Endodontia	85.200.077	Remoção de núcleo intrarradicular
Endodontia	85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular
Endodontia	85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular
Endodontia	85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular
Endodontia	85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica
Endodontia	85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
Endodontia	85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular
Endodontia	85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular
Endodontia	85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular
Prótese Dentária	00.000.010	Consulta de Especialista em Prótese
Prótese Dentária	85.400.572	Coroa 3/4 ou 4/5
Prótese Dentária	00.000.047	Laminado em resina

RTD:1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE	EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO
CIRURGIA		
Prótese Dentária	00.000.050	Coroa Veneer
Prótese Dentária	85.100.072	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro
Prótese Dentária	85.100.170	Restauração em resina (indireta) - Inlay
Prótese Dentária	85.100.188	Restauração em resina (indireta) - Onlay
Prótese Dentária	85.400.033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)
Prótese Dentária	85.400.050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)
Prótese Dentária	85.400.076	Coroa provisória com pino
Prótese Dentária	85.400.084	Coroa provisória sem pino
Prótese Dentária	85.400.092	Coroa total acrílica prensada
Prótese Dentária	85.400.106	Coroa total em cerâmica pura
Prótese Dentária	85.400.114	Coroa total em cerômero
Prótese Dentária	85.400.149	Coroa total metálica
Prótese Dentária	85.400.157	Coroa total metalo cerâmica
Prótese Dentária	85.400.165	Coroa total metalo plástica – cerômero
Prótese Dentária	85.400.173	Coroa total metalo plástica – resina acrílica
Prótese Dentária	85.400.181	Faceta em cerâmica pura
Prótese Dentária	85.400.190	Faceta em cerômero
Prótese Dentária	85.400.211	Núcleo de preenchimento
Prótese Dentária	85.400.220	Núcleo metálico fundido
Prótese Dentária	85.400.246	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)
Prótese Dentária	85.400.262	Pino pré fabricado
Prótese Dentária	85.400.297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)
Prótese Dentária	85.400.300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica
Prótese Dentária	85.400.319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica
Prótese Dentária	85.400.327	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)
Prótese Dentária	85.400.335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica
Prótese Dentária	85.400.343	Prótese parcial fixa em metalo plástica
Prótese Dentária	85.400.351	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)
Prótese Dentária	85.400.360	Prótese parcial fixa provisória
Prótese Dentária	85.400.378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão
Prótese Dentária	85.400.386	Prótese parcial removível com grampos bilateral
Prótese Dentária	85.400.394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos
Prótese Dentária	85.400.408	Prótese total
Prótese Dentária	85.400.416	Prótese total imediata
Prótese Dentária	85.400.424	Prótese total incolor
Prótese Dentária	85.400.459	Provisório para Restauração metálica fundida
Prótese Dentária	85.400.483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)
Prótese Dentária	85.400.491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)
Prótese Dentária	85.400.513	Restauração em cerâmica pura - inlay
Prótese Dentária	85.400.521	Restauração em cerâmica pura - onlay
Prótese Dentária	85.400.530	Restauração em cerômero - onlay
Prótese Dentária	85.400.548	Restauração em cerômero - inlay
Prótese Dentária	85.400.556	Restauração metálica fundida

RTD:1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUVIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO	DESCRIÇÃO DE 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
82.000.034	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	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
82.000.344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	Cirurgia	pré-aprovação
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	pré-aprovação
82.000.557	Cunha proximal	Cirurgia	-
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
82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	Cirurgia	-
82.000.794	Exérese ou excisão de mucocele	Cirurgia	Autorização Especial
82.000.808	Exérese ou excisão de rânula	Cirurgia	Autorização Especial
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	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
82.001.073	Odonto-secção	Cirurgia	-
82.001.103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	Cirurgia	Autorização Especial

RTD:1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO	DESCRIÇÃO DE ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES SOBRE A OPERAÇÃO DOS EVENTOS
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	Autorização Especial
82.001.502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	Cirurgia	-
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 constrictivas 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
82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	Cirurgia	-
82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Cirurgia	-
82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	Cirurgia	-
82.001.707	Ulectomia	Cirurgia	-
82.001.715	Ulotomia	Cirurgia	-
00.000.008	Consulta de Especialista em Estomatologia	Cirurgia	-
00.000.028	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	Cirurgia	Autorização Especial
00.000.063	Redução de Tuberosidade	Cirurgia	-
81.000.090	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	Dentística	-
85.100.013	Capeamento pulpar direto	Dentística	-
85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Dentística	pré-aprovação
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	pré-aprovação
85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	Dentística	pré-aprovação
85.400.505	Remoção de trabalho protético	Dentística	-
00.000.033	Núcleo de preenchimento para restauração	Dentística	pré-aprovação
00.000.051	Restauração de pino	Dentística	-

RTD:1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO	DESCRIÇÃO DE ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES SOBRE A OPERAÇÃO DOS EVENTOS
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	Autorização Especial
81.000.049	Consulta odontológica de Urgência	Emergência	-
81.000.057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	Emergência	-
82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Emergência	-
82.000.484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Emergência	-
82.001.022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	Emergência	-
82.001.030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	Emergência	-
82.001.197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	Emergência	-
82.001.251	Reimplante dentário com contenção	Emergência	-
82.001.308	Remoção de dreno extra-oral	Emergência	-
82.001.316	Remoção de dreno intra-oral	Emergência	-
82.001.499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	Emergência	-
82.001.642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	Emergência	-
82.001.650	Tratamento de alveolite	Emergência	-
85.100.048	Colagem de fragmentos dentários	Emergência	-
85.200.034	Pulpectomia	Emergência	-
85.200.085	Restauração temporária / tratamento expectante	Emergência	-
85.300.080	Tratamento de pericoronarite	Emergência	-
85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos	Emergência	-
85.400.475	Reembasamento de coroa provisória	Emergência	-
85.100.056	Curativo de demora em endodontia	Endodontia	Autorização Especial
85.200.018	Clareamento de dente desvitalizado	Endodontia	-
85.200.026	Preparo para núcleo intrarradicular	Endodontia	-
85.200.042	Pulpotomia	Endodontia	-
85.200.050	Remoção de corpo estranho intracanal	Endodontia	-
85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Endodontia	Autorização Especial
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	-

RTD:1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO	DESCRIÇÃO DE ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES SOBRE A OPERAÇÃO DOS EVENTOS
85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular	Endodontia	-
85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular	Endodontia	-
85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular	Endodontia	-
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
83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo	Odontopediatria	-
83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo	Odontopediatria	-
83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Odontopediatria	-
83.000.089	Exodontia simples de decíduo	Odontopediatria	-
83.000.097	Mantenedor de espaço fixo	Odontopediatria	pré-aprovação
83.000.100	Mantenedor de espaço removível	Odontopediatria	pré-aprovação
83.000.127	Pulpotomia em Dente Decíduo	Odontopediatria	-
83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo	Odontopediatria	Autorização Especial
83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Odontopediatria	-
84.000.031	Aplicação de cariostático	Odontopediatria	pré-aprovação
84.000.058	Aplicação de selante - técnica invasiva	Odontopediatria	-
84.000.074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	Odontopediatria	-
84.000.112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	Odontopediatria	pré-aprovação
84.000.171	Controle de cárie incipiente	Odontopediatria	-
84.000.201	Remineralização	Odontopediatria	pré-aprovação
85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente	Odontopediatria	Autorização Especial
85.100.242	Adequação de Meio	Odontopediatria	Autorização Especial
87.000.032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	Odontopediatria	pré-aprovação
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	pré-aprovação
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	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	Gengivectomia	Periodontia	pré-aprovação
82.000.948	Gengivoplastia	Periodontia	pré-aprovação
82.001.464	Sepultamento radicular	Periodontia	-
82.001.685	Tunelização	Periodontia	-
85.000.787	Imobilização dentária em dentes decíduos	Periodontia	-

RTD:1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUVIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO	DESCRIÇÃO DE ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES SOBRE A OPERAÇÃO DOS EVENTOS
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	pré-aprovação
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	-
85.300.098	Manutenção Periodontal	Periodontia	-
00.000.009	Consulta de Especialista em Periodontia	Periodontia	-
84.000.090	Aplicação tópica de flúor	Prevenção	-
84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal	Prevenção	-
84.000.163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	Prevenção	-
84.000.198	Profilaxia: polimento coronário	Prevenção	-
84.000.228	Teste de capacidade tampão da saliva	Prevenção	Autorização Especial
84.000.236	Teste de contagem microbiológica	Prevenção	Autorização Especial
84.000.252	Teste de PH Salivar	Prevenção	Autorização Especial
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	-
85.100.072	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.100.170	Restauração em resina (indireta) - Inlay	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.100.188	Restauração em resina (indireta) - Onlay	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.076	Coroa provisória com pino	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.084	Coroa provisória sem pino	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.092	Coroa total acrílica prensada	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.106	Coroa total em cerâmica pura	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.114	Coroa total em cerômero (somente para dentes anteriores)*	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.149	Coroa total metálica	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.157	Coroa total metalo cerâmica	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.165	Coroa total metalo plástica cerômero	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.173	Coroa total metalo plástica resina acrílica	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.181	Faceta em cerâmica pura	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.190	Faceta em cerômero	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.211	Núcleo de preenchimento	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.220	Núcleo metálico fundido	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.246	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.262	Pino pré fabricado	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	Prótese Dentária	pré-aprovação
85.400.300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	Prótese Dentária	pré-aprovação

RTD:1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442

Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

BRASILDENTAL

EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO	DESCRIÇÃO DE ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES SOBRE A OPERAÇÃO DOS EVENTOS
85.400.319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.327	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.351	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.360	Prótese parcial fixa provisória	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.408	Prótese total	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.416	Prótese total imediata	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.424	Prótese total incolor	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.459	Provisório para Restauração metálica fundida	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.513	Restauração em cerâmica pura - inlay	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.521	Restauração em cerâmica pura - onlay	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.530	Restauração em cerômero - onlay	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.548	Restauração em cerômero - inlay	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.556	Restauração metálica fundida	Prótese Dentaria	pré-aprovação
85.400.572	Coroa 3/4 ou 4/5	Prótese Dentaria	pré-aprovação
00.000.010	Consulta de Especialista em Prótese	Prótese Dentaria	-
00.000.047	Laminado em resina	Prótese Dentaria	pré-aprovação
00.000.050	Coroa Veneer	Prótese Dentaria	pré-aprovação
81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	Radiologia	-
81.000.340	Radiografia da ATM	Radiologia	-
81.000.367	Radiografia da mão e punho - carpal	Radiologia	-
81.000.375	Radiografia interproximal - bite-wing	Radiologia	-
81.000.383	Radiografia oclusal	Radiologia	-
81.000.405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	Radiologia	-
81.000.413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	Radiologia	-
81.000.421	Radiografia periapical	Radiologia	-
81.000.472	Telerradiografia	Radiologia	-
81.000.480	Telerradiografia com Traçado cefalométrico	Radiologia	-
81.000.570	Técnica de Localização radiográfica	Radiologia	-
00.000.061	Panorâmica Especial para ATM	Radiologia	-
00.900.007	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)	Radiologia	-

RTD: 1.817.142 REV: Fev/22

CENTRAL
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 0001

SAC
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 8001

**DEFICIENTE AUDITIVO
OU DE FALA**
(24 horas, 7 dias por semana)
0800 602 2222

OUIDORIA BB DENTAL
(De 2ª a 6ª feira, das 8 às 18h)
0800 602 4442