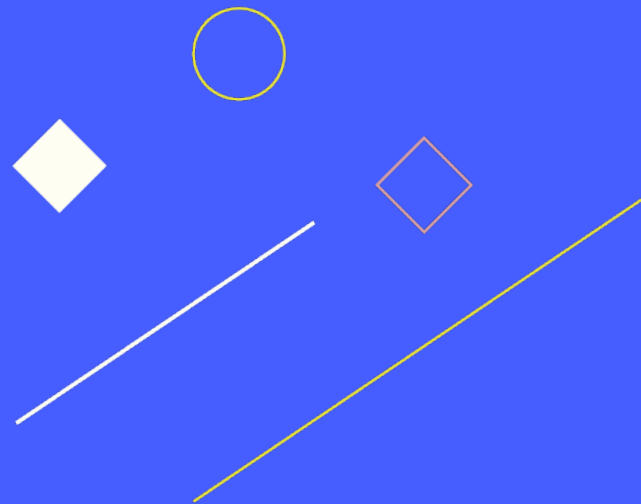


Plano Odontológico

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL



Conheça as características do seu plano:

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Neste contrato consta:

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

Proposta de Admissão

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Brasildental Operadora de Planos Odontológicos S.A.

Modalidade de contratação: Plano Coletivo Empresarial

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

Registro da Operadora na ANS: 41.941-9

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

1. DADOS DAS PARTES

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATADA BRASILDENTAL OPERADORA DE PLANOS ODONTOLOGICOS S.A.	CNPJ/ME 19.962.272/0001-09	CIDADE Barueri
ENDEREÇO DA CONTRATADA Alameda Araguaia, nº 2104, Alphaville	CEP 06455-000	ESTADO SP
RAZÃO SOCIAL DA CONTRATANTE	CNPJ/ME	CIDADE
ENDEREÇO DA CONTRATANTE (Logradouro, número, bairro, complemento)	CEP	UF
REPRESENTANTE LEGAL (Nome Completo)	EMAIL	CPF/ME
REPRESENTANTE LEGAL (Nome Completo)	EMAIL	CPF/ME

2. DADOS DO CONTRATO

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL Odontológica	VIGÊNCIA	BREAK EVEN	RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA
INÍCIO DA VIGÊNCIA	REAJUSTE ANUAL	PRAZO PARA DENÚNCIA/CANCELAMENTO DO CONTRATO	POTENCIAL BENEFICIÁRIOS

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

Registro ANS Planos Nº de Vidas Beneficiários	Valor do Plano	Forma de Atendimento Formação de Preço Segmentação de Rede Abrangência Geográfica	Coparticipação U.O de Reembolso	Carência	Política de Custeio	Upgrade
BENEFICIÁRIO AGREGADO	De acordo com a cláusula 3.3.3, quando e se aplicável					
U.O DE RESSARCIMENTO	A U.O (Unidade Odontológica) para fins de cálculo e pagamento previsto na cláusula 13.4, quando e se aplicável , é 0,47.					

4. DADOS OPERACIONAIS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta Proposta de Admissão integra para todos os fins e efeitos de direito as Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico (Contrato).

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

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.

Proposta de Admissão

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Brasildental Operadora de Planos Odontológicos S.A.

Modalidade de contratação: Plano Coletivo Empresarial

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

Registro da Operadora na ANS: 41.941-9

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

DECLARAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

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

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

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

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

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

- a) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS;
- b) Guia de Leitura Contratual – GLC;
- c) Sempre que solicitado pelo Beneficiário Titular, cópia das Condições Gerais do Contrato;
- d) Anexo de cobertura contratual (tabela de procedimentos cobertos, lista de eventos para autorização prévia e/ou autorização especial, tabela de procedimentos - reembolso, formulário para requisição de reembolso).

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

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

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

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

Proposta de Admissão

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Brasildental Operadora de Planos Odontológicos S.A.

Modalidade de contratação: Plano Coletivo Empresarial

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo

Registro da Operadora na ANS: 41.941-9

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

As Partes aceitam integralmente que as Assinaturas do presente instrumento serão realizadas através de plataforma homologada, nos termos do parágrafo 2º do artigo 10 da MP 2.200-2/2001, sendo o presente Contrato irrevogavelmente considerado, por todos que o assinam, como prova documental e título executivo extrajudicial, para todos os fins e efeitos. As Partes declaram que tem ciência e reconhecem que a plataforma utilizada para assinatura eletrônica atende aos mais altos níveis de autenticação de signatários e a rigorosos padrões de segurança e conformidade legal, garantindo segurança e validade jurídica, pois gera o efeito jurídico do não repúdio, atestando de forma inequívoca a autoria e conteúdo de um documento eletrônico, em estrita observância às Leis Brasileiras que regem o assunto.

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

CIDADE/UF, ____ de _____ de 20 ____.

CONTRATANTE:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

CONTRATADA:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

TESTEMUNHAS:

Nome:

RG:

Nome:

RG:

Cláusula Primeira	
Do objeto	02
Cláusula Segunda	
Das partes	02
Cláusula Terceira	
Das definições	03
Cláusula Quarta	
Características do plano	06
Cláusula Quinta	
Do plano de benefícios - cobertura	07
Cláusula Sexta	
Das exclusões de coberturas	07
Cláusula Sétima	
Da movimentação cadastral (inclusão e exclusão de beneficiários)	08
Cláusula Oitava	
Dos beneficiários empregados demitidos sem justa causa e aposentados	10
Cláusula Nona	
Da identificação dos beneficiários	14
Cláusula Décima	
Mecanismos de regulação	14
Cláusula Décima Primeira	
Das carências	14
Cláusula Décima Segunda	
Das responsabilidades sobre os atendimentos	15
Cláusula Décima Terceira	
Urgências e Emergências	16
Cláusula Décima Quarta	
Da dinâmica de atendimento em Rede Credenciada e em livre escolha	17
Cláusula Décima Quinta	
Da remuneração, condições de pagamento e reajuste	20
Cláusula Décima Sexta	
Da Vigência, da Rescisão e Suspensão	22
Cláusula Décima Sétima	
Das Normas Anticorrupção	24
Cláusula Décima Oitava	
Das disposições gerais	25
Cláusula Décima Nona	
Da utilização da marca	25
Cláusula Vigésima	
Do foro	26
Cláusula Vigésima Primeira	
Da assinatura eletrônica	26

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

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

1.2. Faz parte do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica Além da presente Condições gerais: 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), Formulário de Requisição de Reembolso (Anexo IV), Termo de opção de inclusão (Anexo V), Guia de Leitura Contratual (Anexo VI), Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (Anexo VII), 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, sendo prenotado sob o número 2.205.070, em 04/11/2024, Livro B e registrado em microfilme sob o número 2.248.966.

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS PARTES

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

2.1.1. CONTRATANTE: Pessoa jurídica legalmente constituída, devidamente identificada e qualificada na Proposta de Admissão, que contrata os produtos da **CONTRATADA**, em benefício da população delimitada e vinculada a ela por relação empregatícia ou estatutária, respondendo integralmente por todas as

obrigações ora assumidas, nos termos da Resolução Normativa da ANS - RN nº 557/2022.

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

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEFINIÇÕES

Para os fins deste Contrato, consideram-se:

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

3.2. GRUPO DE BENEFICIÁRIOS: É, a qualquer tempo, o conjunto dos componentes do Grupo Associável, incluídos no Contrato, cujo Plano de Benefícios esteja em vigor.

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

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

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

3.3.3. BENEFICIÁRIO AGREGADO: Respeitada a condição de elegibilidade disposta no item 3.3.2., poderão ser considerados Beneficiários Agregados, os indivíduos que possuam com o Beneficiário Titular relação de parentesco até o terceiro grau consanguíneo ou até o segundo grau por afinidade, desde que devidamente contratados e elencados na Proposta de Admissão.

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

3.5. PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL: É aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo ser de natureza contributária ou não-contributária.

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

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

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

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

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

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

3.9.1. TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - ROL (Anexo I): O ROL mínimo da ANS é uma listagem estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que determina quais procedimentos médicos e odontológicos devem ser oferecidos pelos Planos de Saúde, de acordo com a segmentação **CONTRATADA** pelo beneficiário.

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

3.10. UNIDADES ODONTOLÓGICAS – U.O.: são as unidades utilizadas pela **CONTRATADA** para determinação do valor a ser pago ao Cirurgião-Dentista credenciado, mediante a multiplicação da quantidade de U.O. de cada evento

odontológico, efetivamente realizado em Beneficiários inscritos no Plano de Benefícios, pelo valor em moeda corrente nacional previamente negociado com aquele mesmo Cirurgião-Dentista.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.19. REEMBOLSO: Entende-se por reembolso o pagamento ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios com direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistência odontológica, por ele efetuadas em Prestador não integrante da

Rede Credenciada da **CONTRATADA**, decorrente de eventos cobertos, até os limites estabelecidos naquele mesmo Plano de Benefícios contratado.

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

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

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

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

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

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

3.26. DATA DE VENCIMENTO DA FATURA MENSAL: É a data determinada na Proposta de Admissão no item “Data de Vencimento da Fatura Mensal” em que a **CONTRATANTE** deve efetuar o pagamento do valor total mensal devido à **CONTRATADA** resultante da multiplicação do número de Beneficiários inscritos pela **CONTRATANTE** no Plano de Benefícios contratado pelo valor da respectiva contribuição mensal então vigente.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

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

4.2. A segmentação assistencial pertinente ao presente Contrato é Odontologia de grupo.

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

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

CLÁUSULA QUINTA – DO PLANO DE BENEFÍCIOS – COBERTURA

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

a) Os procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98;

b) Os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS (Anexo I), 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.

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

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

5.4. Além da Cobertura de que tratam os itens 5.1., 5.2. e 5.3. supra, o Beneficiário terá direito, também, às coberturas mais amplas, conforme o Plano de Benefícios contratado.

CLÁUSULA SEXTA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

6.1. Em qualquer hipótese, os eventos abaixo descritos **NÃO SERÃO COBERTOS**:

- Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológico vigente à época do evento;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

- **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**
- **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- **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;**
- **Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;**

CLÁUSULA SÉTIMA – DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.8. A **CONTRATANTE** é responsável pela solicitação de suspensão ou exclusão do(s) Beneficiário(s) Titular(es) e/ou Dependente(s) do Contrato, excetuando-se as hipóteses previstas nas alíneas “b” e “c” dos itens 7.6. e 7.7. supra, nas quais a **CONTRATADA** poderá suspender ou excluir o(s) Beneficiário(s) Titular(es) e/ou dependente(s), independentemente de solicitação prévia e/ou anuência da **CONTRATANTE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a)** Se o aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período igual ou superior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no mesmo Plano, juntamente com seus Dependentes, por prazo indeterminado;
- b)** Se o aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período inferior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no mesmo Plano, juntamente com seus Dependentes, à razão de um ano para cada ano de contribuição;
- c)** Ao Beneficiário contributivo aposentado que continuar exercendo suas atividades profissionais junto a **CONTRATANTE** e que venha a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de Beneficiário conforme previsto nas alíneas “a” e “b”, desde que manifeste sua opção pela permanência no Plano quando se desligar da **CONTRATANTE**;
- c.1)** O direito assegurado na alínea “c” é garantido aos dependentes do Beneficiário Titular, caso este venha a falecer antes do exercício previsto nas alíneas “a” e “b”.

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

8.6.1. Os valores de que tratam o item 8.6. serão atualizados periodicamente, sendo de responsabilidade da **CONTRATANTE** apresentá-los aos Beneficiários, inclusive àqueles recém-admitidos, quando forem incluídos no Contrato do Plano de Benefícios Odontológicos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a)** pelo decurso do prazo do benefício previsto nos art. 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98;
- b)** quando o ex-funcionário (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego, considerando-se como tal o estabelecimento de novo vínculo profissional que possibilite seu ingresso em Plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão;

- c) se o ex-funcionário (demitido ou aposentado) deixar de pagar a contribuição mensal por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do Contrato, ou;
- d) quando o Contrato for cancelado.

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

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

CLÁUSULA NONA – DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

10.2. Os procedimentos abaixo identificados podem ser submetidos à prévia aprovação da **CONTRATADA** para que possam ser realizados:

- i) Aplicação tópica de flúor;
- ii) Aplicação de selante;
- iii) Raspagem e curetagem sub-gengival.

10.2.1. A resposta à solicitação de autorização prévia será emitida pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas uteis, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, em ambos os casos após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** da documentação abaixo relacionada:

- i)** Parecer devidamente assinado pelo profissional odontólogo assistente, que demonstre o justo motivo para a realização do referido tratamento e;
- ii)** Radiografias que comprovem a necessidade do referido tratamento, se o caso.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS CARÊNCIAS

11.1. Fica estabelecido entre as partes que, nos termos da legislação expedida pela ANS, para o Plano Coletivo Empresarial, com número de Beneficiários inscritos maior ou igual a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento de prazo de carência para a relação de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, previsto no Anexo I, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias do início de vigência do presente Contrato ou de sua vinculação/admissão à **CONTRATANTE**, no caso de Beneficiário Titular, ou da vinculação do Beneficiário Dependente ao Beneficiário Titular, nos termos do subitem 7.2.1.

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

11.2. Fica estabelecido entre as partes que, após o transcurso dos prazos definidos no item 11.1. supra, poderá ser exigido, do Beneficiário que opte pela sua inclusão no plano coletivo empresarial, o cumprimento de um período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias para quaisquer eventos, a depender do Plano de Benefícios contratado, exceto para procedimentos em caráter de urgência e/ou emergência, quando não será exigido o cumprimento de qualquer período de carência.

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

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

11.5. Nas hipóteses em que seja permitida a exigência do cumprimento de período de carência, o prazo poderá ser convencionado mediante prévio e expresso acordo entre as partes contratantes, caso em que tal prazo constará na Proposta de Admissão e será contado para cada Beneficiário a partir da data de sua inclusão no banco de dados da Operadora.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESPONSABILIDADE SOBRE OS ATENDIMENTOS

12.1. A **CONTRATADA** somente se responsabilizará pela qualidade dos procedimentos odontológicos realizados pelos integrantes da sua Rede Credenciada. Os procedimentos

realizados por profissionais não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA** serão de integral responsabilidade do Beneficiário.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

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

13.1.1. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14.1. O Beneficiário inscrito no Plano de Acesso à Livre Escolha de Prestadores poderá realizar tanto na Rede Credenciada da **CONTRATADA** como em profissionais

odontólogos não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, todos os procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, incluindo os procedimentos elencados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, respeitados os limites e condições do Plano de Benefícios adquirido, conforme a Proposta de Admissão.

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

14.3. O valor do reembolso será calculado multiplicando-se a U.O, indicada na proposta de admissão 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).

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

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

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

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

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

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

14.9. Quando da impossibilidade de utilização pelo Beneficiário inscrito em Plano de Benefício sem direito à Livre Escolha de Prestadores da Rede Credenciada da **CONTRATADA** por não haver Prestador na localidade em que aquele se encontra, a **CONTRATADA** procederá ao ressarcimento das despesas experimentadas pelo Beneficiário de acordo com a Tabela de Procedimentos - Reembolso (Anexo III), obedecido ao disposto nos itens 13.2., 13.3. e 13.4. supra.

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

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

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

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

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

contatos a partir da data do envio do pedido de reembolso, e poderão ser solicitados a qualquer momento pela **CONTRATADA**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.5. O valor da contribuição mensal será discriminado em fatura emitida mensalmente.

15.6. O prazo para pagamento da fatura pela **CONTRATANTE**, bem como o prazo de envio da fatura pela **CONTRATADA** será objeto de negociações individuais com cada **CONTRATANTE** e constará na Proposta de Admissão.

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

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

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

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

15.11. A contribuição mensal prevista na Proposta de Admissão do Contrato será reajustada na periodicidade admitida pela legislação então vigente, mediante apuração verificada no período analisado, na forma que segue:

15.11.1 As partes estabelecem que o reajuste do valor da contribuição mensal ocorrerá anualmente, ou em outra periodicidade permitida pela legislação vigente, mediante a aplicação da variação aferida pelo IPCA/IBGE, no mesmo período, ou, na falta deste, outro índice oficial que vier a substituí-lo, ou, não sendo possível a sua utilização por qualquer motivo, aplicar-se-á o Índice de Preços ao Consumidor (IPC), da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Fica estabelecido ainda, que o reajustes será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos,

com uma antecedência de até 03 (três) meses em relação a data base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

15.11.2. A CONTRATANTE fica ciente de que, sem prejuízo do disposto no item 15.11.1., a CONTRATADA procederá a revisões anuais para apurar a sinistralidade do Contrato. Em se verificando sinistralidade superior a 60% (sessenta por cento), fica ajustado o quanto segue:

a.1) A CONTRATADA elaborará anualmente um relatório, auditável a qualquer momento pela CONTRATANTE, onde constará o CUSTO OPERACIONAL (C.O.) do(s) Plano(s), neste(s) incluído(s), mas não limitando, a repasse para a Rede Credenciada e/ou Própria, custos com ressarcimento e/ou reembolso (livre escolha), custos com laboratório de prótese, materiais e insumos, impostos, Provisão de Tratamentos Conhecidos em Andamento (PTCA) e Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA).

a.2) O possível acréscimo nos custos para os próximos 12 (doze) meses, será baseado na projeção do CUSTO OPERACIONAL FUTURO (C.O.F.). Este será obtido corrigindo o CUSTO OPERACIONAL (C.O.) pela inflação medida pelo IPCA/IBGE.

a.2.1) Caso o C.O.F. seja superior a 60% (sessenta por cento) do faturamento líquido verificar-se-á o percentual de reajuste necessário para retornar a sinistralidade máxima à 60% (sessenta por cento), sendo aquele percentual aplicado, linear ou diferencialmente, entre os planos, a critério da CONTRATANTE:

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

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

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

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

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

15.11.3. As partes reconhecem que o reajuste devido é o resultado obtido da aplicação cumulativa dos itens 15.11.1 e 15.11.2. e seus subitens.

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

15.3. Exclusivamente para os Contratos que tenham até 199 (cento e noventa e nove) beneficiários, o reajuste disposto nos itens 15.11.1 e 15.11.2 será apurado anualmente, respeitada a vigência mínima de 12 (doze) meses do Contrato ou da incidência da última reavaliação, e considerará o período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração do conjunto dos contratos coletivos com características semelhantes ao Contrato reavaliado.

15.4. Exclusivamente para os Contratos que tenham de 200 (duzentos) até 499 (quatrocentos e noventa e nove) beneficiários, o reajuste disposto nos itens 15.11.1 e

15.11.2 será apurado anualmente, respeitada a vigência mínima de 12 (doze) meses do Contrato ou da incidência da última reavaliação, e considerará o período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração do conjunto dos contratos coletivos com características semelhantes ao Contrato reavaliado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA VIGÊNCIA, DA RESCISÃO E SUSPENSÃO

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

16.1.1. Passando o contrato a vigorar por prazo indeterminado, nos termos do item 16.1 supra, qualquer das partes poderá rescindi-lo, a qualquer tempo, desde que notifique a outra com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem ônus, com exceção de eventual(is) parcela(s) da contribuição mensal vencida(s) e não paga(s), inclusive dos encargos moratórios incidentes.

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

- i) Atraso da **CONTRATANTE** no pagamento por mais de 60 (sessenta) dias;
- ii) Redução por parte da **CONTRATANTE** de 30% (trinta por cento) ou mais do seu Grupo de Beneficiários inscritos;
- iii) Descumprimento dos prazos previstos nos itens 16.1. e 16.1.1;
- iv) Pagamento feito por meio de cheque sem fundos e o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 60 (sessenta) dias, sem prejuízo do direito de a **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
- v) Fraude comprovada.
- vi) Descumprimento pelo **CONTRATANTE** ou pela **CONTRATADA** das cláusulas e condições Gerais.
- vii) Pedido de falência, recuperação judicial, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial ou ainda, qualquer forma de cessação de atividades das partes.

16.3. A rescisão deste Contrato por parte da **CONTRATANTE**, antes do término do período inicial constante no item 16.1. supra, sem que haja descumprimento pela **CONTRATADA** das cláusulas nele contidas, ou em qualquer das hipóteses previstas no item 16.2. (“i”, “ii”, “iii”, “iv” “v” e “vi”), acarretará à **CONTRATANTE** o pagamento de multa no montante equivalente ao valor da média das últimas seis contraprestações devidas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, multiplicado pelo número de meses restantes contados da rescisão até a data do término do referido período, limitado à metade do referido período contratual.

16.3.1. Além da penalidade prevista no item 16.3., a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pelo ressarcimento à **CONTRATADA** dos valores dos tratamentos realizados no período contratual vigente que excederem ao limite de 60% (sessenta por cento) da sinistralidade.

16.4. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o contrato pelo prazo mencionado no item 16.1 a **CONTRATADA** não iniciará novos tratamentos, utilizando este lapso temporal para encerrar os tratamentos já iniciados em sua Rede Credenciada, assegurando-se atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência.

16.5. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o Contrato pelos prazos mencionados no item 16.1., a **CONTRATADA** não admitirá movimentações cadastrais de exclusões sem justo motivo, assim entendidas todas as exclusões que não configurem perda do vínculo do Beneficiário com a **CONTRATANTE**.

16.6. O prazo de vigência deste Contrato poderá ser convencionado de maneira diversa, mediante expresso acordo entre as partes contratantes, caso em que constará na Proposta de Admissão.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DAS NORMAS ANTICORRUPÇÃO

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

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

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

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

17.5. As Partes asseguram uma à outra que possuem políticas, processos e procedimentos anticorrupção em conformidade com as leis, regulamentos e disposições normativas que tratam do combate à corrupção e suborno, nacionais ou estrangeiras, e que são cumpridos

por seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, empregados e prestadores de serviços, inclusive por seus subcontratados e prepostos.

17.6. Caso qualquer uma das Partes venha a ser envolvida em alguma situação ligada a corrupção ou suborno, em decorrência de ação ou omissão praticada pela outra Parte ou seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, empregados e prestadores

de serviços, inclusive seus subcontratados e prepostos, a Parte causadora da referida situação se compromete a assumir o respectivo ônus, inclusive quanto a apresentar os documentos que possam auxiliar a outra Parte em sua defesa.

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

18.2. Por se tratar de Plano Coletivo Empresarial, a **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer plenamente ao seu Grupo de Beneficiários, todos os direitos e obrigações oriundos do presente Contrato, bem como disponibilizar o Guia de Leitura Contratual – GLC (Anexo VI) e Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS (Anexo VII) em meio digital, juntamente com o Cartão virtual de Identificação do Beneficiário Titular.

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

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

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

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

18.7. 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.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA UTILIZAÇÃO DA MARCA

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO FORO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA ASSINATURA ELETRONICA

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

E, por estarem justas e contratadas, assinam as partes, a Proposta de Admissão, que é parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, em tantas vias quantas especificadas e na presença das testemunhas indicadas também na Proposta de Admissão.

ANEXO I - Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol

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

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9

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

ANEXO I - Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol

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

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



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

ANEXO I - Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol

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

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



ANS - nº 41941-9

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

ANEXO I -Tabela de Procedimentos Cobertos - Rol

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

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br

       /BrasilDental

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

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

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Observações sobre a operação dos eventos
00.000.028	Cirurgia	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	Autorização Especial
81.000.197	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	Autorização Especial
81.000.200	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	Autorização Especial
81.000.219	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de halitose	Autorização Especial
81.000.235	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	Autorização Especial
82.000.190	Cirurgia	Aprofundamento/aumento de vestibulo	pré-aprovação
82.000.280	Cirurgia	Biópsia de maxila	pré-aprovação
82.000.298	Cirurgia	Bridectomia	pré-aprovação
82.000.301	Cirurgia	Bridotomia	pré-aprovação
82.000.344	Cirurgia	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	pré-aprovação
82.000.441	Cirurgia	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	pré-aprovação
82.000.743	Cirurgia	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Autorização Especial
82.000.778	Cirurgia	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Autorização Especial
82.000.794	Cirurgia	Exérese ou excisão de mucocele	Autorização Especial
82.000.808	Cirurgia	Exérese ou excisão de rânula	Autorização Especial
82.000.883	Cirurgia	Frenulectomia labial	pré-aprovação
82.000.891	Cirurgia	Frenulectomia lingual	pré-aprovação
82.000.905	Cirurgia	Frenulotomia labial	pré-aprovação
82.000.913	Cirurgia	Frenulotomia lingual	pré-aprovação
82.001.103	Cirurgia	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	Autorização Especial
82.001.367	Cirurgia	Remoção de odontoma	Autorização Especial
82.001.510	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	Autorização Especial
82.001.529	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	Autorização Especial
82.001.545	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial	pré-aprovação
82.001.553	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-	Autorização Especial
82.001.588	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	Autorização Especial
00.000.033	Dentística	Núcleo de preenchimento para restauração	pré-aprovação
85.100.064	Dentística	Faceta direta em resina fotopolimerizável	pré-aprovação
85.400.017	Dentística	Ajuste Oclusal por acréscimo	pré-aprovação
85.400.025	Dentística	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	pré-aprovação
82.000.506	Diagnóstico	Controle pós-operatório em odontologia	Autorização Especial
85.100.056	Endodontia	Curativo de demora em endodontia	Autorização Especial
85.200.069	Endodontia	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Autorização Especial
85.100.021	Estética	Clareamento dentário caseiro	pré-aprovação
85.100.030	Estética	Clareamento dentário em consultório	pré-aprovação
85.100.072	Estética	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	pré-aprovação
85.500.224	Implante	Tratamento de perimplantite por implante	pré-aprovação
00.000.049	Implante	Enceramento de diagnóstico para Prótese Sobre Implante	pré-aprovação
82.000.581	Implante	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	pré-aprovação
82.000.603	Implante	Enxerto com osso autógeno do mento	pré-aprovação
82.000.620	Implante	Enxerto com osso liofilizado	pré-aprovação
82.000.980	Implante	Implante ósseo integrado	pré-aprovação
82.001.049	Implante	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	pré-aprovação
82.001.065	Implante	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	pré-aprovação
82.001.138	Implante	Reabertura - colocação de cicatrizador	pré-aprovação
82.001.243	Implante	Regeneração tecidual guiada – RTG	pré-aprovação

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



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

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

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Observações sobre a operação dos eventos
82.001.324	Implante	Remoção de implante dentário não ósseo integrado	pré-aprovação
85.500.011	Implante	Coroa provisória sobre implante	pré-aprovação
85.500.038	Implante	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	pré-aprovação
85.500.046	Implante	Coroa total metalo plástica sobre implante – cerômero	pré-aprovação
85.500.054	Implante	Coroa total metalo plástica sobre implante – resina acrílica	pré-aprovação
85.500.062	Implante	Guia cirúrgico para implante	pré-aprovação
85.500.089	Implante	Manutenção de prótese sobre implantes	pré-aprovação
85.500.097	Implante	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	pré-aprovação
85.500.100	Implante	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	pré-aprovação
85.500.127	Implante	Prótese parcial fixa implanto suportada	pré-aprovação
85.500.160	Implante	Protocolo Branemark para 4 implantes	pré-aprovação
85.500.178	Implante	Protocolo Branemark para 5 implantes	pré-aprovação
85.500.186	Implante	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	pré-aprovação
85.500.194	Implante	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes	pré-aprovação
81.000.073	Odontologia Legal	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	Autorização Especial
85.100.242	Odontopediatria	Adequação do meio bucal	Autorização Especial
81.000.014	Odontopediatria	Condicionamento em Odontologia	pré-aprovação
82.000.700	Odontopediatria	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	pré-aprovação
83.000.097	Odontopediatria	Mantenedor de espaço fixo	pré-aprovação
83.000.100	Odontopediatria	Mantenedor de espaço removível	pré-aprovação
83.000.135	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente decíduo	Autorização Especial
84.000.031	Odontopediatria	Aplicação de carióstático	pré-aprovação
84.000.112	Odontopediatria	Aplicação tópica de verniz fluoretado	pré-aprovação
84.000.201	Odontopediatria	Remineralização	pré-aprovação
85.100.080	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente permanente	Autorização Especial
87.000.032	Odontopediatria	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	pré-aprovação
87.000.148	Odontopediatria	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	pré-aprovação
00.000.065	Ortodontia	Recuperador de Espaço	pré-aprovação
85.400.270	Ortodontia	Placa oclusal resiliente	pré-aprovação
86.000.055	Ortodontia	Aparelho extra-bucal	pré-aprovação
86.000.098	Ortodontia	Aparelho ortodôntico fixo metálico	pré-aprovação
86.000.110	Ortodontia	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	pré-aprovação
86.000.128	Ortodontia	Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler	pré-aprovação
86.000.144	Ortodontia	Arco lingual	pré-aprovação
86.000.152	Ortodontia	Barra transpalatina fixa	pré-aprovação
86.000.160	Ortodontia	Barra transpalatina removível	pré-aprovação
86.000.195	Ortodontia	Botão de Nance	pré-aprovação
86.000.209	Ortodontia	Contenção fixa - por arcada	pré-aprovação
86.000.225	Ortodontia	Disjuntor palatino - Hirax	pré-aprovação
86.000.233	Ortodontia	Disjuntor palatino - Macnamara	pré-aprovação
86.000.241	Ortodontia	Distalizador com mola nitinol	pré-aprovação
86.000.250	Ortodontia	Distalizador de Hilgers	pré-aprovação
86.000.268	Ortodontia	Distalizador Distal Jet	pré-aprovação
86.000.276	Ortodontia	Distalizador Pendulo/Pendex	pré-aprovação
86.000.284	Ortodontia	Distalizador tipo Jones Jig	pré-aprovação
86.000.306	Ortodontia	Gianelly	pré-aprovação
86.000.314	Ortodontia	Grade palatina fixa	pré-aprovação

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



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

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

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Observações sobre a operação dos eventos
86.000.322	Ortodontia	Grade palatina removível	pré-aprovação
86.000.357	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	pré-aprovação
86.000.365	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	pré-aprovação
86.000.373	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	pré-aprovação
86.000.390	Ortodontia	Mentoneira	pré-aprovação
86.000.454	Ortodontia	Placa de distalização de molares	pré-aprovação
86.000.462	Ortodontia	Placa de Hawley	pré-aprovação
86.000.470	Ortodontia	Placa de Hawley - com torno expansor	pré-aprovação
86.000.489	Ortodontia	Placa de mordida ortodôntica	pré-aprovação
86.000.500	Ortodontia	Placa de verticalização de caninos	pré-aprovação
86.000.527	Ortodontia	Placa encapsulada de Maurício	pré-aprovação
86.000.535	Ortodontia	Placa lábio-ativa	pré-aprovação
86.000.543	Ortodontia	Plano anterior fixo	pré-aprovação
86.000.551	Ortodontia	Plano inclinado	pré-aprovação
86.000.560	Ortodontia	Quadrihélice	pré-aprovação
86.000.020	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Aparelho de Klammt	pré-aprovação
86.000.047	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Aparelho de Thurow	pré-aprovação
86.000.179	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Bionator de Balters	pré-aprovação
86.000.187	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Blocos geminados de Clark – twinblock	pré-aprovação
86.000.330	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Herbst encapsulado	pré-aprovação
86.000.381	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Máscara facial – Delaire e Tração Reversa	pré-aprovação
86.000.403	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Modelador elástico de Bimler	pré-aprovação
86.000.411	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Monobloco	pré-aprovação
86.000.438	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Pistas diretas de Planas - superior e inferior	pré-aprovação
86.000.446	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Pistas indiretas de Planas	pré-aprovação
86.000.519	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Placa dupla de Sanders	pré-aprovação
86.000.578	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Regulador de função de Frankel	pré-aprovação
86.000.586	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Simões Network	pré-aprovação
86.000.594	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Splinter	pré-aprovação
82.000.417	Periodontia	Cirurgia periodontal a retalho	pré-aprovação
82.000.646	Periodontia	Enxerto conjuntivo subepitelial	pré-aprovação
82.000.662	Periodontia	Enxerto gengival livre	pré-aprovação
82.000.689	Periodontia	Enxerto pediculado	pré-aprovação
82.000.921	Periodontia	Gingivectomia	pré-aprovação
82.000.948	Periodontia	Gingivoplastia	pré-aprovação
85.300.047	Periodontia	Raspagem supra-gengival	pré-aprovação
84.000.228	Prevenção	Teste de capacidade tampão da saliva	Autorização Especial
84.000.236	Prevenção	Teste de contagem microbiológica	Autorização Especial
84.000.252	Prevenção	Teste de PH salivar	Autorização Especial
85.400.572	Prótese Dentária	Coroa 3/4 ou 4/5	pré-aprovação
00.000.047	Prótese Dentária	Laminado em resina	pré-aprovação
00.000.050	Prótese Dentária	Coroa Veneer	pré-aprovação
85.100.170	Prótese Dentária	Restauração em resina (indireta) - Inlay	pré-aprovação
85.400.238	Prótese Dentária	Onlay de Resina Indireta	pré-aprovação
85.400.033	Prótese Dentária	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	pré-aprovação
85.400.050	Prótese Dentária	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	pré-aprovação
85.400.076	Prótese Dentária	Coroa provisória com pino	pré-aprovação
85.400.084	Prótese Dentária	Coroa provisória sem pino	pré-aprovação

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



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

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

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Observações sobre a operação dos eventos
85.400.092	Prótese Dentária	Coroa total acrílica prensada	pré-aprovação
85.400.106	Prótese Dentária	Coroa total em cerâmica pura	pré-aprovação
85.400.114	Prótese Dentária	Coroa em Cerômero	pré-aprovação
85.400.149	Prótese Dentária	Coroa total metálica	pré-aprovação
85.400.157	Prótese Dentária	Coroa total metalo cerâmica	pré-aprovação
85.400.165	Prótese Dentária	Coroa total metalo plástica – cerômero	pré-aprovação
85.400.173	Prótese Dentária	Coroa total metalo plástica – resina acrílica	pré-aprovação
85.400.181	Prótese Dentária	Faceta em cerâmica pura	pré-aprovação
85.400.190	Prótese Dentária	Faceta em cerômero	pré-aprovação
85.400.211	Prótese Dentária	Núcleo de preenchimento	pré-aprovação
85.400.220	Prótese Dentária	Núcleo metálico fundido	pré-aprovação
85.400.246	Prótese Dentária	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	pré-aprovação
85.400.262	Prótese Dentária	Pino pré fabricado	pré-aprovação
85.400.297	Prótese Dentária	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	pré-aprovação
85.400.300	Prótese Dentária	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	pré-aprovação
85.400.319	Prótese Dentária	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	pré-aprovação
85.400.327	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)	pré-aprovação
85.400.335	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	pré-aprovação
85.400.343	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa em metalo plástica	pré-aprovação
85.400.351	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	pré-aprovação
85.400.360	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa provisória	pré-aprovação
85.400.378	Prótese Dentária	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	pré-aprovação
85.400.386	Prótese Dentária	Prótese parcial removível com grampos bilateral	pré-aprovação
85.400.394	Prótese Dentária	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	pré-aprovação
85.400.408	Prótese Dentária	Prótese total	pré-aprovação
85.400.416	Prótese Dentária	Prótese total imediata	pré-aprovação
85.400.424	Prótese Dentária	Prótese total incolor	pré-aprovação
85.400.459	Prótese Dentária	Provisório para Restauração metálica fundida	pré-aprovação
85.400.483	Prótese Dentária	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	pré-aprovação
85.400.491	Prótese Dentária	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	pré-aprovação
85.400.513	Prótese Dentária	Restauração em cerâmica pura - inlay	pré-aprovação
00.900.032	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free) e Consulta	pré-aprovação
85.400.521	Prótese Dentária	Restauração em cerâmica pura - onlay	pré-aprovação
85.400.530	Prótese Dentária	Restauração em cerômero - onlay	pré-aprovação
85.400.548	Prótese Dentária	Restauração em cerômero - inlay	pré-aprovação
85.400.556	Prótese Dentária	Restauração metálica fundida	pré-aprovação

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br

       /BrasilDental

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

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Qtde de UO Reembolso/ Ressarcimento
81.000.030	Diagnóstico	Consulta odontológica	R\$ 29,16
81.000.065	Diagnóstico	Consulta odontológica inicial	R\$ 29,16
81.000.111	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	R\$ 210,00
81.000.138	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	R\$ 210,00
81.000.154	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	R\$ 210,00
81.000.170	Diagnóstico	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	R\$ 210,00
81.000.189	Diagnóstico	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	R\$ 29,16
82.000.506	Diagnóstico	Controle pós-operatório em odontologia	R\$ 29,16
81.000.049	Emergência	Consulta odontológica de Urgência	R\$ 39,08
81.000.057	Emergência	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	R\$ 39,08
82.000.468	Emergência	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-	R\$ 39,08
82.000.484	Emergência	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-	R\$ 39,08
82.001.022	Emergência	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 39,08
82.001.030	Emergência	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 39,08
82.001.197	Emergência	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	R\$ 39,08
82.001.251	Emergência	Reimplante dentário com contenção	R\$ 39,08
82.001.308	Emergência	Remoção de dreno extra-oral	R\$ 39,08
82.001.316	Emergência	Remoção de dreno intra-oral	R\$ 39,08
82.001.499	Emergência	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	R\$ 39,08
82.001.642	Emergência	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	R\$ 39,08
82.001.650	Emergência	Tratamento de alveolite	R\$ 39,08
85.100.048	Emergência	Colagem de fragmentos dentários	R\$ 39,08
85.200.034	Emergência	Pulpectomia	R\$ 39,08
85.200.085	Emergência	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 39,08
85.300.080	Emergência	Tratamento de pericoronarite	R\$ 39,08
85.400.467	Emergência	Recimentação de trabalhos protéticos	R\$ 39,08
85.400.475	Emergência	Reembasamento de coroa provisória	R\$ 39,08
81.000.073	Odontologia Legal	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	R\$ 29,16
00.000.033	Dentística	Núcleo de preenchimento para restauração	R\$ 93,60
00.000.051	Dentística	Restauração de pino	R\$ 95,69
85.100.013	Dentística	Capeamento pulpar direto	R\$ 19,83
85.100.064	Dentística	Faceta direta em resina fotopolimerizável	R\$ 178,40
85.100.099	Dentística	Restauração de amálgama - 1 face	R\$ 47,80
85.100.102	Dentística	Restauração de amálgama - 2 faces	R\$ 58,33
85.100.110	Dentística	Restauração de amálgama - 3 faces	R\$ 68,24
85.100.129	Dentística	Restauração de amálgama - 4 faces	R\$ 78,16
85.100.137	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R\$ 47,80
85.100.145	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	R\$ 58,33
85.100.153	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	R\$ 68,24
85.100.161	Dentística	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	R\$ 68,24
85.100.196	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	R\$ 48,50
85.100.200	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	R\$ 70,22
85.100.218	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	R\$ 92,26
85.100.226	Dentística	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	R\$ 92,26
85.400.017	Dentística	Ajuste Oclusal por acréscimo	R\$ 29,16
85.400.025	Dentística	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	R\$ 29,16

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br

 /BrasilDental

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

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Qtde de UO Reembolso/ Ressarcimento
85.400.505	Dentística	Remoção de trabalho protético	R\$ 42,00
85.100.242	Odontopediatria	Adequação do meio bucal	R\$ 19,83
81.000.014	Odontopediatria	Condicionamento em Odontologia	R\$ 29,16
82.000.700	Odontopediatria	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	R\$ 29,16
83.000.020	Odontopediatria	Coroa de acetato em dente decíduo	R\$ 89,20
83.000.046	Odontopediatria	Coroa de aço em dente decíduo	R\$ 300,00
83.000.062	Odontopediatria	Coroa de policarbonato em dente decíduo	R\$ 300,00
83.000.089	Odontopediatria	Exodontia simples de decíduo	R\$ 46,66
83.000.097	Odontopediatria	Mantenedor de espaço fixo	R\$ 192,21
83.000.100	Odontopediatria	Mantenedor de espaço removível	R\$ 192,21
83.000.127	Odontopediatria	Pulpotomia em Dente Decíduo	R\$ 91,00
83.000.135	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente decíduo	R\$ 19,83
83.000.151	Odontopediatria	Tratamento endodôntico em dente decíduo	R\$ 117,20
84.000.031	Odontopediatria	Aplicação de cariostático	R\$ 19,83
84.000.058	Odontopediatria	Aplicação de selante - técnica invasiva	R\$ 19,83
84.000.074	Odontopediatria	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	R\$ 19,83
84.000.112	Odontopediatria	Aplicação tópica de verniz fluoretado	R\$ 14,00
84.000.171	Odontopediatria	Controle de cárie incipiente	R\$ 19,83
84.000.201	Odontopediatria	Remineralização	R\$ 14,00
85.100.080	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente permanente	R\$ 19,83
87.000.032	Odontopediatria	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	R\$ 29,16
87.000.040	Odontopediatria	Coroa de acetato em dente permanente	R\$ 89,20
87.000.059	Odontopediatria	Coroa de aço em dente permanente	R\$ 300,00
87.000.067	Odontopediatria	Coroa de policarbonato em dente permanente	R\$ 300,00
87.000.148	Odontopediatria	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	R\$ 29,16
81.000.570	Radiologia	Técnica de Localização radiográfica	R\$ 95,00
00.000.060	Radiologia	Discrepância de Modelos	R\$ 25,00
00.000.061	Radiologia	Panorâmica Especial para ATM	R\$ 95,74
00.000.062	Radiologia	Modelos de Trabalho	R\$ 34,00
81.000.278	Radiologia	Fotografia	R\$ 11,00
81.000.294	Radiologia	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	R\$ 138,30
81.000.308	Radiologia	Modelos ortodônticos	R\$ 46,00
81.000.340	Radiologia	Radiografia da ATM	R\$ 95,74
81.000.367	Radiologia	Radiografia da mão e punho - carpal	R\$ 42,00
81.000.375	Radiologia	Radiografia interproximal - bite-wing	R\$ 11,66
81.000.383	Radiologia	Radiografia oclusal	R\$ 23,33
81.000.405	Radiologia	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	R\$ 85,00
81.000.413	Radiologia	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	R\$ 95,74
81.000.421	Radiologia	Radiografia periapical	R\$ 9,91
81.000.456	Radiologia	Slide	R\$ 11,00
81.000.472	Radiologia	Telerradiografia	R\$ 95,74
81.000.480	Radiologia	Telerradiografia com traçado cefalométrico	R\$ 95,74
81.000.529	Radiologia	Tomografia convencional – linear ou multi-direcional	R\$ 324,00
81.000.537	Radiologia	Traçado Cefalométrico	R\$ 32,00
81.000.510	Radiologia	Tomografia comp. por feixe cônico – cone beam	R\$ 1.175,00
00.900.002	Radiologia	Documentação ortodôntica básica: radiografia panorâmica básica, tele com traçado e modelos ortodônticos	R\$ 90,00

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



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

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Qtde de UO Reembolso/ Ressarcimento
00.900.003	Radiologia	Documentação ortodôntica completa: radiografia panorâmica básica, tele com traçado, modelos ortodônticos, 7 fotos ou slides e análise cefalométrica extra)	R\$ 319,15
00.900.004	Radiologia	Documentação ortodôntica Especial : Documentação ortodôntica completa mais tele frontal, traçado frontal e análise de erupção de 3º molares)	R\$ 319,15
00.900.005	Radiologia	Documentação ortodôntico ortopédica : panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de modelos, caixa p/ modelos, pasta, mão e punho (índice carpal), fotos (2 extra, 3 intra bucais, perfil e lateralidade) ou slides (máximo 9)	R\$ 159,00
00.900.006	Radiologia	Documentação ortodôntica de controle: panorâmica com 5 fotos (2 extra-bucais, 3 intra-bucais)	R\$ 129,74
00.900.007	Radiologia	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)	R\$ 159,00
00.900.008	Radiologia	Panorâmica + modelos ortodônticos	R\$ 129,74
84.000.090	Prevenção	Aplicação tópica de flúor	R\$ 69,99
84.000.139	Prevenção	Atividade educativa em saúde bucal	R\$ 35,00
84.000.163	Prevenção	Controle de biofilme (placa bacteriana)	R\$ 40,43
84.000.198	Prevenção	Profilaxia: polimento coronário	R\$ 32,40
84.000.228	Prevenção	Teste de capacidade tampão da saliva	R\$ 29,16
84.000.236	Prevenção	Teste de contagem microbiológica	R\$ 29,16
84.000.252	Prevenção	Teste de PH salivar	R\$ 29,16
87.000.016	Prevenção	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	R\$ 35,00
87.000.024	Prevenção	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	R\$ 35,00
00.000.009	Periodontia	Consulta de Especialista em Periodontia	R\$ 58,32
85.300.098	Periodontia	Manutenção Periodontal	R\$ 32,40
82.000.026	Periodontia	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	R\$ 57,30
82.000.212	Periodontia	Aumento de coroa clínica	R\$ 139,00
82.000.336	Periodontia	Cirurgia odontológica a retalho	R\$ 87,49
82.000.417	Periodontia	Cirurgia periodontal a retalho	R\$ 130,65
82.000.646	Periodontia	Enxerto conjuntivo subepitelial	R\$ 87,49
82.000.662	Periodontia	Enxerto gengival livre	R\$ 87,49
82.000.689	Periodontia	Enxerto pediculado	R\$ 87,49
82.000.921	Periodontia	Gengivectomia	R\$ 139,00
82.000.948	Periodontia	Gengivoplastia	R\$ 34,75
82.001.464	Periodontia	Sepultamento radicular	R\$ 142,00
85.000.787	Periodontia	Imobilização dentária em dentes decíduos	R\$ 79,91
85.300.012	Periodontia	Dessensibilização dentária	R\$ 48,99
85.300.020	Periodontia	Imobilização dentária em dentes permanentes	R\$ 79,91
85.300.039	Periodontia	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	R\$ 76,47
85.300.047	Periodontia	Raspagem supra-gengival	R\$ 55,10
85.300.055	Periodontia	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	R\$ 63,62
85.300.063	Periodontia	Tratamento de abscesso periodontal agudo	R\$ 39,08
85.300.071	Periodontia	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA	R\$ 76,47
82.001.685	Periodontia	Tunelização	R\$ 87,49
00.000.008	Cirurgia	Consulta de Especialista em Estomatologia	R\$ 29,16
00.000.028	Cirurgia	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	R\$ 440,00
00.000.063	Cirurgia	Redução de Tuberosidade	R\$ 116,65
81.000.197	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	R\$ 29,16
81.000.200	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	R\$ 29,16
81.000.219	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de halitose	R\$ 29,16

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



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

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Qtde de UO Reembolso/ Ressarcimento
81.000.235	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	R\$ 29,16
82.000.034	Cirurgia	Alveoloplastia	R\$ 112,35
82.000.050	Cirurgia	Amputação radicular com obturação retrógrada	R\$ 226,14
82.000.069	Cirurgia	Amputação radicular sem obturação retrógrada	R\$ 211,94
82.000.077	Cirurgia	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	R\$ 186,65
82.000.085	Cirurgia	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 186,65
82.000.158	Cirurgia	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 186,65
82.000.166	Cirurgia	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 186,65
82.000.174	Cirurgia	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 163,31
82.000.182	Cirurgia	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 163,31
82.000.190	Cirurgia	Aprofundamento/aumento de vestibulo	R\$ 116,65
82.000.280	Cirurgia	Biópsia de maxila	R\$ 46,66
82.000.298	Cirurgia	Bridectomia	R\$ 217,00
82.000.301	Cirurgia	Bridotomia	R\$ 217,00
82.000.344	Cirurgia	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	R\$ 250,00
82.000.352	Cirurgia	Cirurgia para exostose maxilar	R\$ 116,65
82.000.360	Cirurgia	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	R\$ 116,65
82.000.387	Cirurgia	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	R\$ 116,65
82.000.395	Cirurgia	Cirurgia para torus palatino	R\$ 116,65
82.000.441	Cirurgia	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	R\$ 46,66
82.000.557	Cirurgia	Cunha proximal	R\$ 30,86
82.000.743	Cirurgia	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	R\$ 365,00
82.000.778	Cirurgia	Exérese ou excisão de cálculo salivar	R\$ 46,66
82.000.786	Cirurgia	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	R\$ 139,99
82.000.794	Cirurgia	Exérese ou excisão de mucocele	R\$ 196,00
82.000.808	Cirurgia	Exérese ou excisão de rânula	R\$ 848,00
82.000.816	Cirurgia	Exodontia a retalho	R\$ 72,91
82.000.832	Cirurgia	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	R\$ 46,66
82.000.859	Cirurgia	Exodontia de raiz residual	R\$ 58,33
82.000.875	Cirurgia	Exodontia simples de permanente	R\$ 46,66
82.000.883	Cirurgia	Frenulectomia labial	R\$ 46,66
82.000.891	Cirurgia	Frenulectomia lingual	R\$ 46,66
82.000.905	Cirurgia	Frenulotomia labial	R\$ 46,66
82.000.913	Cirurgia	Frenulotomia lingual	R\$ 46,66
82.001.073	Cirurgia	Odonto-seção	R\$ 142,00
82.001.103	Cirurgia	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	R\$ 46,66
82.001.170	Cirurgia	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 540,00
82.001.189	Cirurgia	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 300,00
82.001.286	Cirurgia	Remoção de dentes inclusos / impactados	R\$ 373,30
82.001.294	Cirurgia	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	R\$ 233,30
82.001.367	Cirurgia	Remoção de odontoma	R\$ 365,00
82.001.502	Cirurgia	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	R\$ 373,30
82.001.510	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	R\$ 440,00
82.001.529	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	R\$ 440,00
82.001.545	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	R\$ 217,00
82.001.553	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	R\$ 46,66
82.001.588	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	R\$ 46,66

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br

       /BrasilDental

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

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Qtde de UO Reembolso/ Ressarcimento
82.001.596	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	R\$ 410,00
82.001.618	Cirurgia	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	R\$ 365,00
82.001.634	Cirurgia	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	R\$ 470,00
82.001.707	Cirurgia	Ulectomia	R\$ 30,86
82.001.715	Cirurgia	Ulotomia	R\$ 30,86
85.100.056	Endodontia	Curativo de demora em endodontia	R\$ 62,79
85.200.018	Endodontia	Clareamento de dente desvitalizado	R\$ 58,33
85.200.026	Endodontia	Preparo para núcleo intrarradicular	R\$ 39,00
85.200.042	Endodontia	Pulpotomia	R\$ 91,00
85.200.050	Endodontia	Remoção de corpo estranho intracanal	R\$ 86,50
85.200.069	Endodontia	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	R\$ 86,50
85.200.077	Endodontia	Remoção de núcleo intrarradicular	R\$ 67,00
85.200.093	Endodontia	Retratamento endodôntico birradicular	R\$ 461,70
85.200.107	Endodontia	Retratamento endodôntico multirradicular	R\$ 653,20
85.200.115	Endodontia	Retratamento endodôntico unirradicular	R\$ 287,60
85.200.123	Endodontia	Tratamento de perfuração endodôntica	R\$ 86,50
85.200.131	Endodontia	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	R\$ 62,79
85.200.140	Endodontia	Tratamento endodôntico birradicular	R\$ 288,70
85.200.158	Endodontia	Tratamento endodôntico multirradicular	R\$ 393,70
85.200.166	Endodontia	Tratamento endodôntico unirradicular	R\$ 201,20
81.000.090	Estética	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	R\$ 172,00
85.100.021	Estética	Clareamento dentário caseiro	R\$ 483,97
85.100.030	Estética	Clareamento dentário em consultório	R\$ 541,23
85.100.072	Estética	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	R\$ 60,00
00.000.010	Prótese Dentária	Consulta de Especialista em Prótese	R\$ 29,16
85.400.572	Prótese Dentária	Coroa 3/4 ou 4/5	R\$ 239,13
00.000.047	Prótese Dentária	Laminado em resina	R\$ 314,51
00.000.050	Prótese Dentária	Coroa Veneer	R\$ 412,38
85.100.170	Prótese Dentária	Restauração em resina (indireta) - Inlay	R\$ 314,51
85.400.238	Prótese Dentária	Onlay de Resina Indireta	R\$ 314,51
85.400.033	Prótese Dentária	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	R\$ 58,33
85.400.050	Prótese Dentária	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	R\$ 58,33
85.400.076	Prótese Dentária	Coroa provisória com pino	R\$ 78,16
85.400.084	Prótese Dentária	Coroa provisória sem pino	R\$ 78,16
85.400.092	Prótese Dentária	Coroa total acrílica prensada	R\$ 243,22
85.400.106	Prótese Dentária	Coroa total em cerâmica pura	R\$ 476,53
85.400.114	Prótese Dentária	Coroa em Cerômero	R\$ 459,29
85.400.149	Prótese Dentária	Coroa total metálica	R\$ 316,71
85.400.157	Prótese Dentária	Coroa total metalo cerâmica	R\$ 583,26
85.400.165	Prótese Dentária	Coroa total metalo plástica – cerômero	R\$ 459,29
85.400.173	Prótese Dentária	Coroa total metalo plástica – resina acrílica	R\$ 437,44
85.400.181	Prótese Dentária	Faceta em cerâmica pura	R\$ 476,53
85.400.190	Prótese Dentária	Faceta em cerômero	R\$ 375,24
85.400.211	Prótese Dentária	Núcleo de preenchimento	R\$ 145,81
85.400.220	Prótese Dentária	Núcleo metálico fundido	R\$ 145,81
85.400.246	Prótese Dentária	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)	R\$ 231,56
85.400.262	Prótese Dentária	Pino pré fabricado	R\$ 145,81

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br

       /BrasilDental

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

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Qtde de UO Reembolso/ Ressarcimento
85.400.297	Prótese Dentária	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	R\$ 1.414,17
85.400.300	Prótese Dentária	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	R\$ 734,91
85.400.319	Prótese Dentária	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	R\$ 587,93
85.400.327	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)	R\$ 459,29
85.400.335	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	R\$ 593,18
85.400.343	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa em metalo plástica	R\$ 437,44
85.400.351	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	R\$ 593,18
85.400.360	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa provisória	R\$ 78,16
85.400.378	Prótese Dentária	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	R\$ 1.152,00
85.400.386	Prótese Dentária	Prótese parcial removível com grampos bilateral	R\$ 474,19
85.400.394	Prótese Dentária	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	R\$ 231,56
85.400.408	Prótese Dentária	Prótese total	R\$ 593,18
85.400.416	Prótese Dentária	Prótese total imediata	R\$ 593,18
85.400.424	Prótese Dentária	Prótese total incolor	R\$ 692,34
85.400.459	Prótese Dentária	Provisório para Restauração metálica fundida	R\$ 78,16
85.400.483	Prótese Dentária	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	R\$ 194,81
85.400.491	Prótese Dentária	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	R\$ 194,81
85.400.513	Prótese Dentária	Restauração em cerâmica pura - inlay	R\$ 476,53
00.900.032	Prótese Dentária	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free) e Consulta	R\$ 583,26
85.400.521	Prótese Dentária	Restauração em cerâmica pura - onlay	R\$ 476,53
85.400.530	Prótese Dentária	Restauração em cerômero - onlay	R\$ 375,24
85.400.548	Prótese Dentária	Restauração em cerômero - inlay	R\$ 375,24
85.400.556	Prótese Dentária	Restauração metálica fundida	R\$ 239,13
00.000.014	Ortodontia	Estudo e Planejamento Ortodôntico	R\$ 29,16
00.000.064	Ortodontia	Ortodontia Móvel / Aparelhos móveis	R\$ 1.665,52
00.000.065	Ortodontia	Recuperador de Espaço	R\$ 192,21
85.400.270	Ortodontia	Placa oclusal resiliente	R\$ 380,00
86.000.055	Ortodontia	Aparelho extra-bucal	R\$ 827,85
86.000.098	Ortodontia	Aparelho ortodôntico fixo metálico	R\$ 1.427,17
86.000.110	Ortodontia	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	R\$ 982,79
86.000.128	Ortodontia	Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler	R\$ 525,35
86.000.144	Ortodontia	Arco lingual	R\$ 323,52
86.000.152	Ortodontia	Barra transpalatina fixa	R\$ 323,52
86.000.160	Ortodontia	Barra transpalatina removível	R\$ 323,52
86.000.195	Ortodontia	Botão de Nance	R\$ 323,52
86.000.209	Ortodontia	Contenção fixa - por arcada	R\$ 220,00
86.000.225	Ortodontia	Disjuntor palatino - Hirax	R\$ 970,58
86.000.233	Ortodontia	Disjuntor palatino - Macnamara	R\$ 970,58
86.000.241	Ortodontia	Distalizador com mola nitinol	R\$ 827,37
86.000.250	Ortodontia	Distalizador de Hilgers	R\$ 406,31
86.000.268	Ortodontia	Distalizador Distal Jet	R\$ 629,93
86.000.276	Ortodontia	Distalizador Pendulo/Pendex	R\$ 406,31
86.000.284	Ortodontia	Distalizador tipo Jones Jig	R\$ 629,93
86.000.306	Ortodontia	Gianelly	R\$ 629,93
86.000.314	Ortodontia	Grade palatina fixa	R\$ 629,93
86.000.322	Ortodontia	Grade palatina removível	R\$ 508,13
86.000.357	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	R\$ 121,25

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br



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

ANEXO III - Tabela de procedimentos - Reembolso

BRASIL DENTAL

Uma empresa BB Seguros

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Qtde de UO Reembolso/ Ressarcimento
86.000.365	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	R\$ 121,25
86.000.373	Ortodontia	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	R\$ 121,25
86.000.390	Ortodontia	Mentoneira	R\$ 629,93
86.000.454	Ortodontia	Placa de distalização de molares	R\$ 629,93
86.000.462	Ortodontia	Placa de Hawley	R\$ 525,35
86.000.470	Ortodontia	Placa de Hawley - com torno expansor	R\$ 629,93
86.000.489	Ortodontia	Placa de mordida ortodôntica	R\$ 380,00
86.000.500	Ortodontia	Placa de verticalização de caninos	R\$ 629,93
86.000.527	Ortodontia	Placa encapsulada de Maurício	R\$ 629,93
86.000.535	Ortodontia	Placa lábio-ativa	R\$ 323,50
86.000.543	Ortodontia	Plano anterior fixo	R\$ 406,31
86.000.551	Ortodontia	Plano inclinado	R\$ 406,31
86.000.560	Ortodontia	Quadrihélice	R\$ 837,37
86.000.020	Ortopedia Funcional dos	Aparelho de Klammt	R\$ 1.427,17
86.000.047	Ortopedia Funcional dos	Aparelho de Thurow	R\$ 1.427,17
86.000.039	Ortopedia Funcional dos	Apm (aparelho de protração mandibular (ortodontia))	R\$ 1.655,22
86.000.179	Ortopedia Funcional dos	Bionator de Balters	R\$ 1.427,17
86.000.187	Ortopedia Funcional dos	Blocos geminados de Clark – twinblock	R\$ 1.427,17
86.000.330	Ortopedia Funcional dos	Herbst encapsulado	R\$ 1.665,22
86.000.381	Ortopedia Funcional dos	Máscara facial – Delaire e Tração Reversa	R\$ 827,85
86.000.403	Ortopedia Funcional dos	Modelador elástico de Bimler	R\$ 1.427,17
86.000.411	Ortopedia Funcional dos	Monobloco	R\$ 1.427,17
86.000.438	Ortopedia Funcional dos	Pistas diretas de Planas - superior e inferior	R\$ 1.427,17
86.000.446	Ortopedia Funcional dos	Pistas indiretas de Planas	R\$ 1.427,17
86.000.519	Ortopedia Funcional dos	Placa dupla de Sanders	R\$ 1.427,17
86.000.578	Ortopedia Funcional dos	Regulador de função de Frankel	R\$ 1.665,22
86.000.586	Ortopedia Funcional dos	Simões Network	R\$ 1.427,17
86.000.594	Ortopedia Funcional dos	Splinter	R\$ 1.427,17
85.500.224	Implante	Tratamento de perimplantite por implante	R\$ 79,50
00.000.049	Implante	Enceramento de diagnóstico para Prótese Sobre Implante	R\$ 150,00
82.000.581	Implante	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	R\$ 1.443,75
82.000.603	Implante	Enxerto com osso autógeno do mento	R\$ 1.155,00
82.000.620	Implante	Enxerto com osso liofilizado	R\$ 315,00
82.000.980	Implante	Implante ósseo integrado	R\$ 1.976,00
82.001.049	Implante	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	R\$ 1.325,00
82.001.065	Implante	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	R\$ 1.325,00
82.001.138	Implante	Reabertura - colocação de cicatrizador	R\$ 34,75
82.001.243	Implante	Regeneração tecidual guiada – RTG	R\$ 397,50
82.001.324	Implante	Remoção de implante dentário não ósseo integrado	R\$ 44,68
85.500.011	Implante	Coroa provisória sobre implante	R\$ 319,14
85.500.038	Implante	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	R\$ 2.280,00
85.500.046	Implante	Coroa total metalo plástica sobre implante – cerômero	R\$ 2.280,00
85.500.054	Implante	Coroa total metalo plástica sobre implante – resina acrílica	R\$ 2.280,00
85.500.062	Implante	Guia cirúrgico para implante	R\$ 159,57
85.500.089	Implante	Manutenção de prótese sobre implantes	R\$ 26,50
85.500.097	Implante	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	R\$ 2.731,50
85.500.100	Implante	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	R\$ 3.900,00
85.500.127	Implante	Prótese parcial fixa implanto suportada	R\$ 2.276,25

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br

       /BrasilDental

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

Evento	Especialidade	Descrição da Especialidade	Qtde de UO Reembolso/ Ressarcimento
85.500.160	Implante	Protocolo Branemark para 4 implantes	R\$ 14.400,00
85.500.178	Implante	Protocolo Branemark para 5 implantes	R\$ 18.000,00
85.500.186	Implante	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	R\$ 2.700,00
85.500.194	Implante	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes	R\$ 4.050,00

*O cálculo do reajuste do valor a ser reembolsado será feito mediante aplicação de % do IPCA sob a U.O de reembolso indicada na proposta de admissão do Contrato.

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br        /Brasildental

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



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

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

*Nome Paciente: _____

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

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

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

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

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

*Nome Beneficiário Titular: _____

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

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

DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

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

Endereço: _____ Complemento: _____ Telefone: _____

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

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

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

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

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

R\$ _____

Recebi de _____ CPF ____/____/____ - _____

a importância de _____ referente a tratº odont.

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

Data emissão: ____/____/____

Nome CD _____

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

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

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO



12345678

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

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

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

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

1. PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO:

CHECKLIST

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

2. ENVIO DO FRR PARA REEMBOLSO:

CHECKLIST

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

3. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO:

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

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

Solicitação de Reembolso e Termo de Responsabilidade

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

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura do Cirurgião - Dentista

Observações:

Dados da Empregadora

Razão Social:	
Unidade:	Cód. Empresa:

Dados do Plano Contratado

Nome do Plano:
Valor Total Devido:

N.º Cartão

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

Dados do Beneficiário Titular

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

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

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

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

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

dez/14

Termo de Opção para Inclusão no Plano Odontológico - Coletivo Empresarial

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

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

Sem mais, subscrevo-me,

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

_____, _____ de _____ de _____

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



ANS - nº 41941-9 BrasilDental S/A | CRO/SP nº 14049 | RT: F. M. Batista – CRO/SP nº 36632

Guia de Leitura Contratual

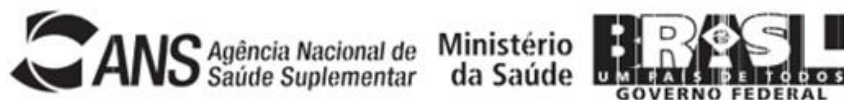
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	02-CG
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	06-CG
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	N/A
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia ambulatorial, odontológico	06-CG
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	07-CG
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	07-CG
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	14-CG
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	14-CG

REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	20-CG
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	22-CG
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	22-CG

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

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



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

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

Central de atendimento:
0800 602 0001

Deficiente auditivo ou de fala:
0800 602 2222

SAC:
0800 602 8001

Ouvidoria BB Dental:
0800 602 4442

bbdental.com.br  /Brasilidental

ANS - nº 41941-9 Brasilidental 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 o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

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

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

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

Cobertura e segmentação assistencial

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

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

Abrangência geográfica

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

Área de atuação

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

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

Administradora de Benefícios

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

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

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



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

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

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

BRASILDENTAL

Uma empresa BB Seguros

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

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

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

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

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou 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 mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O consumidor assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de consumidor do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

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