

Contrato Empresarial

MetLife Dental PME – de 2 a 99 vidas

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Operadora: MetLife Planos Odontológicos Ltda.

CNPJ: 03.273.825/0001-78

Nº de registro da ANS: 406.481

Nº de registro Produto: 476.183/16-9

Site: www.metlife.com.br

Telefone da central de atendimento: 3003 3422 - Capitais e grandes centros
0800 746 3422 - Demais localidades

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 beneficiário 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 da pessoa jurídica contratante.

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU 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 à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		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.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	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 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 Agravo, 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 nº 162/2007.
---	--

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira.(2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

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 divulgado 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 nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

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.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

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 sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência..

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, 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 Agravo.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independentemente do número de participantes.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique:

(1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira.

(2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

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 nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

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.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

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.

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 beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário 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 beneficiário 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.

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 a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário.

A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença 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 compõe(m) 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 da 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.

Para informar-se sobre estes 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 MANUAL NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Manual de Orientação para a Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



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

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

Guia de Leitura Contratual

Operadora: MetLife Planos Odontológicos Ltda.

CNPJ: 03.273.825/0001-78

Nº de registro da ANS: 406.481

Nº de registro Produto: 476.183/16-9

Site: www.metlife.com.br

Telefone da central de atendimento: 3003 3422 - Capitais e grandes centros

0800 746 3422 - Demais localidades

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	12
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, odontológica e suas combinações.	12
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	N/A
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória 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.	12
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.	14
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.	14
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	N/A

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	15
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.	18
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	24
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	24
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
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita o direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	25

Para informar-se sobre estes 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 Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.





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

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

Sumário

I.	DAS PARTES	11
II.	OBJETO DO CONTRATO	11
III.	NATUREZA DO CONTRATO	11
V.	TIPO DE CONTRATAÇÃO	12
VI.	NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	12
VII.	TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	12
VIII.	ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO	12
IX.	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	12
X.	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	14
XI.	EXCLUSÕES DE COBERTURA	14
XII.	PERÍODOS DE CARÊNCIA	15
XIII.	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	16
XIV.	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	18
XV.	FORMAÇÃO DE PREÇO	20
XVI.	REAJUSTE	20
XVII.	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	21
XVIII.	CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	22
XIX.	CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	23
XX.	VIGÊNCIA CONTRATUAL E RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA	24
XXI.	RESCISÃO	24
XXII.	DISPOSIÇÕES GERAIS	25
XXIII.	ELEIÇÃO DE FORO	28
	ANEXO I – ROL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	28
	ANEXO II - COBERTURAS ADICIONAIS AO ROL ANS	33
	ANEXO III – ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	34

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA COLETIVA EMPRESARIAL POR COBERTURA DE CUSTOS ASSISTENCIAIS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

I. DAS PARTES

1.1 Pelo presente instrumento particular, de um lado:

1.1.1 **METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA**, empresa inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.273.825/0001-78, com Inscrição Estadual / SP nº ISENTA, registrada no CRO-SP sob o nº 6191 e na **ANS sob o nº 40648-1**, classificada como Operadora na ANS na modalidade Odontologia de Grupo, com sede na Rua Flórida, 1595 – 5º andar – parte, Brooklin Novo, São Paulo - SP, neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

1.1.2 **EMPRESA CONTRATANTE**, pessoa jurídica legalmente constituída, identificada e qualificada nas PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, têm entre si, justas e contratadas, as cláusulas a seguir.

II. OBJETO DO CONTRATO

2.1 O objeto deste Contrato é a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º, da Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde), visando à Assistência Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), vigente à época do evento.

III. NATUREZA DO CONTRATO

3.1 O presente Contrato possui natureza bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, considerando-se ainda, esta avença, um contrato aleatório, nos termos dos artigos 458 a 461, da Lei nº 10.406/02 (Código Civil), e um contrato de adesão, nos termos do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

3.2 Não obstante ao constante na cláusula 3.1, o presente Instrumento trata-se de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência a Saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/98, visando a Assistência Odontológica com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS, vigente à época do evento.

3.3 Igualmente, este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde) e legislação específica que vier a sucedê-la.

IV. PROGRAMA PME METLIFE:

- 4.1 O PROGRAMA PME METLIFE da **CONTRATADA** consiste na oferta e comercialização de Plano Privado de Assistência Odontológica Coletivo Empresarial, nos termos da Resolução Normativa 195/2009 às Pequenas e Médias Empresas Elegíveis a contratar que possuem quadro de empregados de no mínimo de 2 (dois) até 99 (noventa e nove) vidas.
- 4.2 Além do enquadramento do número de Beneficiários nos limites estabelecidos no item 4.1, para ingresso e manutenção no PROGRAMA PME METLIFE a **CONTRATANTE** deverá se manter enquadrada e respeitar todas as demais regras e características definidas pelo presente Contrato, sob pena de rescisão contratual por parte da **CONTRATADA**, a seu exclusivo critério.
- 4.2.1 Na hipótese de alteração dos riscos inicialmente apresentados a **CONTRATADA** poderá rever o preço estabelecido.

V. TIPO DE CONTRATAÇÃO

- 5.1 O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado destina-se à contratação **Coletivo Empresarial**.

VI. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 6.1 O Plano Privado de Assistência a Saúde ora contratado esta registrado na ANS sob o nº 476.183/16-9.

VII. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

- 7.1 O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado pertence à seguinte segmentação: **Odontológico**.

VIII. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO

- 8.1 Fica estabelecido pelas partes que o Plano ora contratado possui abrangência Grupo de Município. Os municípios que fazem parte da abrangência geográfica do produto estão detalhados no Anexo III.

IX. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 9.1 **(i) Beneficiário Titular:** aquele vinculado à **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária (assim considerada toda relação laboral, englobando empregados, diretores, menores aprendizes e estagiários) e, ainda, pelo vínculo empregatício inativo (aposentados ou demitidos, caso ambos preencham os requisitos descritos na Resolução Normativa 279/2011).

(ii) Beneficiário Dependente: aquele que mantenha com o Beneficiário Titular uma das seguintes relações: cônjuge ou companheiro(a); filhos(as), inclusive em processo de adoção, tutelados(as) ou enteados(as) do Titular, que sejam solteiros(as) e menores de 40 (quarenta) anos; filhos(as) solteiros(as) deficientes ou inválidos(as), sem limite de idade; ou ainda, pai, mãe, sogro, sogra e netos, sem limite de idade. **(iii)** Para o beneficiário titular não será exigido qualquer requisito para ingresso no Plano Odontológico que não os determinados pela **CONTRATADA**.

- 9.2 Podem ser inscritos no plano de extensão como Beneficiários Titulares os ex-empregados aposentados e demitidos ou exonerados sem justa causa da **CONTRATANTE** que foram Beneficiários Titulares e que contribuíram financeiramente com a mensalidade do Plano.
- 9.2.1 O período de manutenção da condição de Beneficiário é descrito na cláusula 17.1 deste CONTRATO.
- 9.3 Poderão, ainda, ser inscritos no plano de extensão os Beneficiários Dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do CONTRATO de trabalho do Beneficiário Titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário, desde que formalmente solicitado pelo Beneficiário Titular.
- 9.3.1 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência odontológica.
- 9.4 As inclusões cadastrais de Beneficiários Dependentes ocorrerão sem incidência das carências previstas neste Contrato nos mesmos períodos determinados para inclusões dos Beneficiários Titulares ou na data posterior do surgimento do vínculo de dependência com o Beneficiário Titular devendo, no último caso, ser informadas em até 30 (trinta) dias da data do evento. Os filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, incluídos no Plano, têm garantido o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, nos termos do art. 12, VII, da Lei 9.656/98.
- 9.4.1 Os beneficiários dependentes dependerão da participação do beneficiário titular para se manter no Plano Odontológico.
- 9.5 É dever da **CONTRATANTE** enviar à **CONTRATADA** a relação de Beneficiários do Plano, conforme os dados descritos na ficha de adesão, antes do início e vigência deste CONTRATO e, também, imediatamente após novos beneficiários se vincularem a ela.
- 9.6 A **CONTRATANTE** se obriga a fornecer à **CONTRATADA**, sempre que solicitado, documentos comprobatórios do vínculo de elegibilidade dos Beneficiários Titulares com a **CONTRATANTE** e da relação de dependência dos Beneficiários Dependentes com o Beneficiário Titular incluídos no Plano respeitando o prazo constante na solicitação.
- 9.6.1 A recusa da **CONTRATANTE** em enviar os documentos comprobatórios solicitados pela **CONTRATADA** por mais de 30 (trinta) dias contados da data de solicitação, caracterizará o não cumprimento das cláusulas contratuais, podendo ensejar e justificar a rescisão unilateral do CONTRATO por parte da **CONTRATADA**.
- 9.6.2 Na hipótese descrita na cláusula 9.6.1 a **CONTRATADA** que for penalizada pela não apresentação da documentação solicitada à **CONTRATANTE** desde já se responsabiliza em arcar com todos os custos, multas, honorários advocatícios e sucumbenciais e o que mais for necessário para reparar o dano causado.
- 9.7 O Beneficiário afastado temporariamente da **CONTRATANTE** durante a vigência deste CONTRATO, somente terá direito à utilização dos serviços ora contratados caso a

CONTRATANTE o mantenha vinculado ao CONTRATO, com o pagamento integral da TMM (Taxa de Manutenção Mensal), respeitado o estabelecido neste CONTRATO.

X. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 10.1 As coberturas assistenciais do Plano contratado contemplam as coberturas e procedimentos previstos no art. 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, desde que cobertos pelo Plano, compreendendo todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.
- 10.2 Também estão cobertos pelo Plano contratado os honorários do cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessário estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.
- 10.3 O Rol de Procedimentos Odontológicos definido pela ANS, na Resolução Normativa nº 428/2017 e suas atualizações, contempla os procedimentos relacionados no **Anexo I** deste CONTRATO e também podem ser consultados no **site www.ans.gov.br**.
- 10.4 A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste CONTRATO, ou tratamentos em localidades não previstas neste contrato, não conferem ao Beneficiário direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente CONTRATO, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.
- 10.5 Conforme estabelecido pela ANS, na Resolução Normativa 268/2011, não havendo prestador da Rede Credenciada em localidade demandada pelo Beneficiário, este deverá buscar atendimento nos municípios limítrofes ou região de saúde, entrando em contato com Central de Atendimento da **CONTRATADA** para orientação. Na inexistência de prestadores credenciados na região de saúde, a **CONTRATADA** se responsabilizará pelo pagamento de transporte rodoviário até o município mais próximo onde possa ser atendido, respeitando se a abrangência geográfica deste produto.

XI. EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 11.1 Estão excluídos da cobertura prevista neste Contrato os seguintes serviços:
 - 11.1.1 Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento ou que não façam parte dos procedimentos cobertos neste plano.
 - 11.1.2 Procedimentos realizados após a rescisão deste Contrato.
 - 11.1.3 Procedimentos que requeiram atendimento domiciliar.
 - 11.1.4 As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar.
 - 11.1.5 As despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-

dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação por imperativo clínico.

- 11.1.6 As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência à saúde, diferente do plano odontológico.
- 11.1.7 Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.
- 11.1.8 A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais.
- 11.1.9 Procedimentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 11.1.10 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 11.1.11 Serviços em ouro ou qualquer outro tipo de metal nobre.
- 11.1.12 Procedimentos realizados diretamente em laboratório de prótese.
- 11.1.13 Transporte do paciente
- 11.1.14 Faltas a consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, que deverão ser indenizadas pelo BENEFICIÁRIO Titular, em importância equivalente ao menor valor estabelecido para consulta nas Tabelas adotadas entre a Operadora e o prestador.
- 11.1.15 Procedimento clínico ou cirúrgico experimental.

XII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 12.1 Carência é o período corrido e ininterrupto em que o beneficiário não tem direito a determinadas coberturas previstas em CONTRATO após a contratação do plano.
 - 12.1.1 Não será exigido o cumprimento de prazos de carência para a **CONTRATANTE** com número igual ou superior a 30 (trinta) vidas inscritas na **CONTRATADA**.
 - 12.1.2 Ressalvada a hipótese acima, a aplicação da carência será realizada sempre de acordo com os limites, as condições e o início de vigência estabelecido no plano contratado, sendo contado do ingresso do beneficiário no CONTRATO, obedecendo aos seguintes prazos de carência:
 - a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de Urgência e Emergência;
 - b) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos da especialidade de prótese constantes no Rol Mínimo de procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde).
- 12.2 Para o Beneficiário que por vontade própria se desligar do Plano e, em ocasião posterior, desejar reingressar, durante toda a vigência deste CONTRATO, será exigida carência de 24

(vinte e quatro) horas para procedimentos de Urgência e Emergência e até 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos das demais especialidades.

XIII. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 13.1 Na ocorrência de casos de Urgência / Emergência, os Beneficiários do Plano poderão ser atendidos nos consultórios e clínicas pertencentes à Rede Credenciada da **CONTRATADA** durante o horário comercial, e, ainda, poderão utilizar as Clínicas de Urgência também credenciadas pela **CONTRATADA** para atendimentos noturnos, aos domingos e feriados.
- 13.1.1 São considerados procedimentos de Urgência / Emergência, para fins deste Contrato, aqueles definidos como tais no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.
- 13.1.2 O Rol de Procedimentos Odontológicos definido pela ANS, na RN nº 428/2017, contempla os procedimentos de Urgência / Emergência relacionados no **Anexo I** deste Contrato e no site da **CONTRATADA** com *link* para o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 13.2 Nas localidades onde não houver consultórios, clínicas ou Clínicas de Urgência pertencentes à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, respeitada a região de abrangência do plano os Beneficiários poderão utilizar livremente consultórios e clínicas de sua livre escolha, para atendimentos de Urgência / Emergência, assistindo-lhes, nestes casos, o direito a reembolso das despesas, dentro do limite contratual de cobertura e abrangência geográfica, de acordo com os valores estabelecidos abaixo multiplicados por R\$ 1,00.

INTERVENÇÃO DE URGÊNCIA	VALOR DO REEMBOLSO (USO)
Colagem de fragmentos dentários	21,90
Consulta odontológica de urgência	38,00
Consulta odontológica de urgência 24 hs	38,00
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	18,00
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	18,00
Imobilização dentária em dentes decíduos	47,84
Imobilização dentária em dentes permanentes	47,87
Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	18,00
Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	18,00
Pulpectomia	22,50
Recimentação de trabalhos protéticos	18,00

Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM)	42,34
Reimplante dentário com contenção	42,34
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	25,00
Tratamento de alveolite	18,00

13.3 Para a solicitação do reembolso destas despesas, o Beneficiário deverá apresentar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da realização dos procedimentos, e enquanto o CONTRATO estiver vigente, a seguinte documentação:

13.3.1 Discriminação dos serviços, em folha de receituário timbrada ou em ficha de exame clínico, com Carimbo, assinatura e o CRO do cirurgião-dentista responsável pelo serviço, constando:

- 13.3.1.1 Nome do paciente;
- 13.3.1.2 Especificação e discriminação de cada procedimento realizado;
- 13.3.1.3 Tipo de material utilizado;
- 13.3.1.4 Dente;
- 13.3.1.5 Face ou região do(s) procedimento(s);
- 13.3.1.6 Valor unitário e valor total cobrados;
- 13.3.1.7 Data ou período de realização do(s) procedimento(s).

13.3.2 Recibo ou nota fiscal original emitida pelo cirurgião-dentista ou clínica odontológica em que constem os números do CRO, do CNPJ/CPF, a data e a assinatura.

13.3.3 Radiografias dos procedimentos cirúrgicos e endodônticos, quando a técnica exigir.

13.4 Após a apresentação desta documentação à **CONTRATADA**, o reembolso será efetuado em até **30 (trinta) dias**, através de depósito em conta corrente do Beneficiário requisitante, ou de outra forma a ser indicada pela **CONTRATANTE**.

13.5 Os reembolsos somente serão efetuados após a realização dos procedimentos a que se referem e não serão inferiores aos valores praticados pela **CONTRATADA** na sua Rede Credenciada.

13.6 Não haverá reembolso:

13.6.1 De despesas com serviços não previstos na cobertura do Plano ora contratado;

13.6.2 De despesas com serviços realizados fora da abrangência geográfica do Plano ora contratado;

13.6.3 Caso seja efetivamente constatada fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

13.7 Em caso de rescisão contratual, os **BENEFICIÁRIOS** terão o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do último dia de vigência contratual, para solicitar o reembolso e encaminhar a documentação completa requerida pela **CONTRATADA**.

13.8 Os valores de reembolso das despesas realizadas fora da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, de procedimentos relacionados na cobertura assistencial contratada, serão

objeto de livre negociação entre as partes. Não havendo acordo até o termo final para a efetivação do reajuste, aplicar-se-á automaticamente reajuste equivalente a 0,5% sobre os valores de reembolso da tabela contratada nos casos em que ocorrer reajuste do CONTRATO.

XIV. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 14.1 A **CONTRATADA** divulgará sua Rede Credenciada em seu site (www.metlife.com.br) e através de sua Central de Atendimento Telefônico.
- 14.2 Para utilizar os serviços da Rede Credenciada da **CONTRATADA** o Beneficiário deverá marcar a consulta com antecedência, exceto para casos de Urgência / Emergência.
- 14.2.1 O Beneficiário deverá apresentar, em todas as consultas, o Cartão de Identificação da **CONTRATADA** ou seu documento de identidade com foto expedido por órgão público ou, no caso de menor de idade, documento de identidade do responsável.
- 14.3 O Beneficiário que realizar tratamentos e no decorrer do mesmo apresentar divergência técnica, poderá ser submetido à Auditoria Clínica pré-aprovada pela **CONTRATADA**, com dentista à sua escolha ou poderá ser requerido relatório detalhado ao dentista executante.
- 14.3.1 Fica vedada a tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame a ser realizado pela **CONTRATADA**.
- 14.3.2 A **CONTRATANTE** concorda em aceitar eventuais restrições técnicas identificadas pela **CONTRATADA**, que tenham por objetivo não cobrir procedimentos comprovadamente danosos ou inócuos a determinado Beneficiário.
- 14.4 Por liberalidade da **CONTRATADA**, o plano ora contratado contemplará o benefício adicional de instalação de aparelhos ortodônticos convencionais, fixos metálicos ou removíveis, sem custo adicional.
- 14.4.1 Todos os tratamentos ortodônticos e ortopédicos deverão ser realizados na Rede Credenciada da **CONTRATADA** credenciada para este serviço.
- 14.4.2 Em nenhuma hipótese haverá cobertura ou reembolso de aparelhos ou honorários para trabalhos realizados em consultórios ou clínicas não pertencentes à Rede Credenciada da **CONTRATADA** credenciada para este serviço.
- 14.4.3 Por tratar-se de benefício adicional concedido pela **CONTRATADA**, os beneficiários poderão utilizar a rede de ortodontia credenciada pela mesma.
- 14.4.4 Durante todo o período de tratamento ortodôntico ou ortopédico haverá a cobrança de uma taxa de manutenção mensal do tratamento, que deverá ser paga pelo Beneficiário diretamente ao cirurgião-dentista ou clínica responsável pelo serviço, independentemente do número de consultas efetuadas no mês, inclusive em caso de não comparecimento.

- 14.4.5 Em caso de perda ou dano no aparelho por descuido ou uso indevido, o Beneficiário será responsável pelo pagamento de um novo aparelho para dar continuidade ao seu tratamento.
- 14.5 Todas as solicitações de tratamentos/exames serão requeridas pelo cirurgião dentista credenciado escolhido pelo beneficiário e enviadas à **CONTRATADA** que procederá a avaliação / autorização por meio do site, ressalvados os casos de urgência e emergência que o atendimento deverá ser imediato.
- 14.6 A concessão da autorização prévia será realizada baseada em critérios técnicos e administrativos e a **CONTRATADA** poderá requisitar informações/exames complementares para a perfeita liberação do tratamento requerido.
- 14.7 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais cobertos, poderão ser solicitados pelo cirurgião dentista, e não haverá restrição aos não pertencentes à rede credenciada.
- 14.8 A **CONTRATADA** utilizará critérios técnicos em seu sistema eletrônico de liberação de tratamentos/exames aos beneficiários, para evitar que sejam concedidos tratamentos/exames danosos, inócuos e duplicados aos Beneficiários.
- 14.9 Os serviços não cobertos pelo Plano contratado, quando realizados na Rede Credenciada da **CONTRATADA**, serão pagos diretamente pelo Beneficiário ao cirurgião dentista ou clínica responsável pelo serviço.
- 14.9.1 Todas as condições de pagamento serão acordadas entre o Beneficiário e o cirurgião dentista ou clínica responsável pela realização dos procedimentos.
- 14.9.2 As obrigações fiscais, inclusive a emissão de recibos / notas fiscais, serão de responsabilidade exclusiva do cirurgião dentista ou da clínica responsável pela realização dos procedimentos.
- 14.10 Quaisquer dúvidas ou divergências de natureza odontológica, relacionadas com o objeto deste Contrato, serão resolvidas diretamente pelas partes: **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.
- 14.10.1 Os casos de impasse serão solucionados por uma junta odontológica composta por três cirurgiões dentistas, sendo um nomeado pelo Beneficiário, um nomeado pela **CONTRATADA**, e um terceiro, com atribuição de desempate, escolhido pelos outros dois profissionais nomeados.
- 14.10.2 Não havendo consenso sobre a escolha do terceiro profissional, com atribuição de desempate, esta designação será solicitada à Associação dos Cirurgiões Dentistas da sede da **CONTRATANTE**.
- 14.10.3 Cada parte pagará os honorários do seu profissional nomeado, exceto se o profissional nomeado pelo Beneficiário pertencer à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os

nomeados, ficando a remuneração do terceiro profissional sob responsabilidade da **CONTRATADA**.

- 14.11 Havendo solicitação de exames por cirurgião dentista não credenciado à operadora, não haverá restrição na autorização, desde que os exames solicitados sejam cobertos pelo plano contratado e que sejam obedecidos os prazos de recorrência dos procedimentos.

XV. FORMAÇÃO DE PREÇO

- 15.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **preestabelecidos**.

XVI. REAJUSTE

- 16.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada serão reajustados **anualmente**, ou na menor periodicidade prevista em lei, de acordo com a variação do **Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA**, divulgado pelo **IBGE** ou, na falta deste, de acordo com o índice que o substituir.

- 16.2 Independentemente do reajuste financeiro especificado acima, para assegurar a viabilidade do Plano frente às variáveis de demanda, a TMM (Taxa de Manutenção Mensal) será reavaliada **anualmente**, em função do **Índice de Sinistralidade** verificado no período.

16.2.1 Para efeito desta reavaliação, serão considerados 10 (dez) meses de utilização a partir do mês de vigência do CONTRATO.

16.2.2 A primeira reavaliação será calculada considerando o Total de Eventos Pagos (TEP), a Provisão para Eventos Avisados e Não Pagos (PEANP), a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) e o Total Faturado (TF).

16.2.3 O Índice de Sinistralidade (IS) de cada período de análise será calculado da seguinte forma:

$$\text{IS} = (\text{TEP} + \text{PEANP} + \text{PEONA}) / \text{TF}$$

16.2.4 Quando o IS superar **0,60 (sessenta centésimos)**, a nova TMM será apurada da seguinte forma:

$$\text{TMM nova} = (\text{IS} \times \text{TMM}) / 0,60, \text{ onde:}$$

TMM = Taxa de Manutenção Mensal vigente, em reais.

TMM nova = TMM reavaliada, em reais.

IS = Índice de Sinistralidade.

16.2.5 Quando o IS for igual ou menor que **0,60 (sessenta centésimos)**, não haverá reavaliação da TMM por sinistralidade.

16.2.6 As reavaliações subsequentes a do primeiro período serão realizadas sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período reavaliado, pelos critérios previstos nesta cláusula.

16.2.7 A nova TMM será aplicada a partir do mês de aniversário do CONTRATO.

16.3 Os valores contratuais serão reajustados e reavaliados pelo sistema de *pooling*, ou seja, levando-se em conta para a apuração todos que tiveram as premissas deste Instrumento considerados na intermediação.

16.4 Se no decorrer da vigência deste Contrato ocorrer redução significativa no número de Beneficiários inscritos a ponto de comprometê-lo, as partes reavaliarão o valor da TMM a fim de manter o equilíbrio financeiro do Plano.

16.4.1 Considera-se **redução significativa**, a redução do número total de Beneficiários inscritos em 30% (trinta por cento) do número informado na precificação inicial.

16.5 A TMM será também reavaliada, **eventualmente**, na ocorrência de fatores não previstos que incidam diretamente na estrutura de custo da **CONTRATADA**, tais como, aumento nos honorários dos serviços profissionais da Rede Credenciada e novos procedimentos cobertos exigidos pela regulamentação do setor.

XVII. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

17.1 Considerando que o vínculo existente entre a **CONTRATANTE** e o Beneficiário Titular do Plano for empregatício e este Beneficiário contribuir financeiramente no pagamento da TMM, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, será assegurado o direito de manutenção da sua condição de Beneficiário, juntamente com seus Dependentes e Agregados, nas mesmas condições contratuais que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da TMM e manifeste de forma expressa à **CONTRATANTE** sua opção pela manutenção no prazo máximo de 30 (trinta) dias da rescisão ou exoneração do contrato de trabalho.

17.1.1 O período de manutenção da condição de Beneficiário referido neste item será de um terço do tempo de permanência no Plano, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

17.1.2 Entende-se por Contribuição Financeira o valor pago diretamente pelo beneficiário, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade do plano de assistência odontológica.

17.1.3 Não é considerada contribuição a co-participação do Beneficiário, uma vez que é o valor despendido para custear os procedimentos / tratamentos realizados dentro da Rede Credenciada.

17.2 O direito de permanência assegurado na cláusula anterior deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em outro emprego ou quando da rescisão do presente CONTRATO.

17.3 Considerando que o vínculo existente entre a **CONTRATANTE** e o Beneficiário Titular do Plano é empregatício e este Beneficiário contribuir financeiramente no pagamento da TMM, no caso de extinção do CONTRATO de trabalho em razão de aposentadoria, será assegurado o direito de manutenção da sua condição de Beneficiário, juntamente com seus

Dependentes, nas mesmas condições contratuais que gozava quando da vigência do CONTRATO de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da TMM e manifeste de forma expressa à **CONTRATANTE** sua opção pela manutenção no prazo máximo de 30 (trinta) dias da extinção do CONTRATO de trabalho.

17.3.1 Se o Beneficiário Titular aposentado contribuiu para o Plano pelo prazo igual ou superior a 10 (dez) anos, o período de manutenção da condição de Beneficiário referido neste item será por prazo indeterminado.

17.3.2 Se o Beneficiário Titular aposentado contribuiu para o Plano pelo prazo inferior a 10 (dez) anos, o período de manutenção da condição de Beneficiário referido neste item será calculado à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição.

17.4 Em caso de morte do Beneficiário Titular durante o exercício do direito de permanência assegurado nesta cláusula, seus Dependentes poderão permanecer no Plano pelo período restante, desde que assumam o pagamento integral da TMM.

17.4.1 Se a morte do Beneficiário Titular ocorrer durante a existência de seu vínculo com a **CONTRATANTE** que o torna Beneficiário deste CONTRATO, seus Dependentes poderão permanecer no Plano por um período correspondente a um terço do tempo de permanência no Plano, com mínimo assegurado de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, desde que assumam o pagamento integral da TMM.

17.5 Em conformidade com o §4º, do art. 30, da Lei 9.656/98, o direito de permanência assegurado nesta cláusula não excluirá vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

17.6 É assegurado ao beneficiário deste Plano em caso de seu cancelamento, nos termos da Resolução CONSU nº 19/99, fazer a opção pelo ingresso no prazo máximo de 30 (trinta) dias do cancelamento, sem a necessidade do cumprimento de carência, em Plano de Assistência Odontológica de modalidade Individual ou Familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sendo esta opção válida apenas se a **CONTRATADA**, no momento do cancelamento, comercializar Planos de Assistência Odontológica na modalidade Individual ou Familiar.

XVIII. CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1 O Beneficiário Titular será excluído do presente Contrato, sem necessidade de prévia anuência da **CONTRATANTE**, quando da ocorrência das seguintes situações:

18.1.1 Quando perder o vínculo trabalhista existente com a **CONTRATANTE** que o torna Beneficiário deste Contrato.

18.1.2 Quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinente à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

18.1.3 Quando este Contrato for rescindido.

- 18.1.4 Quando ocorrer óbito do Beneficiário, devendo ser enviada cópia de documento comprobatório à **CONTRATADA**.
- 18.2 O Beneficiário Dependente será excluído do presente Contrato, sem necessidade de prévia anuência da **CONTRATANTE**, quando da ocorrência das seguintes situações:
- 18.2.1 Quando perder o vínculo de dependência com o Beneficiário Titular do Plano.
- 18.2.2 Quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinente à utilização dos serviços previstos neste Contrato.
- 18.2.3 Quando este Contrato for rescindido.
- 18.2.4 Quando o Beneficiário Titular for excluído do presente Contrato.
- 18.2.5 Quando ocorrer óbito do Beneficiário, devendo ser enviada cópia de documento comprobatório à **CONTRATADA**.
- 18.3 Caso o Beneficiário solicite exclusão dentro do período mínimo de vigência deste CONTRATO, estará facultado à **CONTRATADA** cobrar da **CONTRATANTE**, o correspondente ao valor da contribuição mensal vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis). O Beneficiário excluído não poderá ser incluído novamente no Plano, exceto mediante anuência da **CONTRATADA** e desde que observado o cumprimento de período de carência. A exclusão do beneficiário será efetivada mediante o envio da solicitação por escrito, redigida pelo Titular inscrito no Plano, encaminhada pela **CONTRATANTE** para a **CONTRATADA**.
- 18.4 A condição de beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deixará de existir:
- 18.4.1 Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- 18.4.2 Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- 18.4.3 Com o cancelamento do plano odontológico concedido pelo empregador aos seus empregado ativos e ex-empregados.

XIX. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 19.1 Será pago mensalmente pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** o valor correspondente ao número total de Beneficiários que constem no cadastro do mês de referência, multiplicado pela Taxa de Manutenção Mensal (TMM) indicada na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

- 19.2 O pagamento será efetuado pela **CONTRATANTE** até o dia 15 (quinze) de cada mês, através de cobrança via boleto bancário, sendo que as mensalidades têm vencimento dentro do mês de competência.
- 19.3 A data de corte, limite para envio de movimentação cadastral, está indicada na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, sendo que o Beneficiário poderá utilizar o Plano a partir do 1º dia do mês subsequente. Caso a movimentação seja efetuada após o corte, o beneficiário poderá utilizar o plano a partir do segundo mês subsequente. A fatura será emitida no mês de sua competência até o dia 5 (cinco).
- 19.4 e o pagamento ocorrer em data posterior a do vencimento, o valor devido será acrescido de multa moratória de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.
- 19.5 A **CONTRATADA** providenciará, mensalmente, até a data de fechamento de cada mês, um relatório especificando o número de Beneficiários cadastrados, juntamente com a nota fiscal e o boleto correspondente.
- 19.5.1 Caso a data estipulada no item anterior não for dia útil, considerar-se-á o primeiro dia útil anterior.

XX. VIGÊNCIA CONTRATUAL E RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

- 20.1 O presente Contrato terá início de vigência na data indicada na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, vigorando pelo prazo mínimo de **24 (vinte e quatro) meses**.
- 20.2 Em conformidade com o art. 13, da Lei 9.656/98, após o prazo mínimo de vigência estipulado neste Contrato, não havendo manifestação da **CONTRATANTE**, no prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência, o CONTRATO será renovado automaticamente por prazo indeterminado. Após a renovação automática, o presente CONTRATO poderá ser rescindido, mediante aviso prévio, por escrito, com a mesma antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Não haverá cobrança de taxa adicional no ato da renovação ou cumprimento de novos prazos de carência.

XXI. RESCISÃO

- 21.1 O presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, sem incidência de multa ou indenização, mediante um aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de **60 (sessenta) dias do término de sua vigência inicial** ou, após o término da vigência inicial, mediante aviso prévio de **60 (sessenta) dias**.
- 21.2 Qualquer das partes também poderá rescindir o presente Contrato em caso de inadimplemento de qualquer de suas cláusulas, pela outra, não sanado no período de **30 (trinta) dias** contados do envio de notificação da parte inocente à parte inadimplente.
- 21.3 Podem as partes, ainda, rescindir imediatamente o presente Contrato, independentemente de aviso prévio ou notificação, em caso de recuperação judicial ou extrajudicial, falência, dissolução ou liquidação da outra parte e, ainda, nos casos de alteração societária ou

modificação da finalidade ou estrutura de uma das partes que prejudique ou inviabilize o cumprimento do objeto deste Contrato.

21.4 A **CONTRATADA** poderá rescindir o presente Contrato no caso de não pagamento da mensalidade pela **CONTRATANTE** por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, durante a vigência do CONTRATO.

21.4.1 O atraso no pagamento das Mensalidades por período superior a 15 (quinze) dias, implica na suspensão automática dos tratamentos em andamento dos Beneficiários, titulares e dependentes, não sendo também autorizados novos tratamentos.

21.5 A **CONTRATADA** poderá rescindir o presente Contrato se no decorrer de sua vigência a **CONTRATANTE** deixar de se enquadrar ou deixar de respeitar as regras e características definidas pelo presente Contrato, que a torna passível de ingresso e permanência no PROGRAMA DENTAL PME, mediante aviso prévio, por escrito, de 30 (trinta) dias.

21.6 Fica estabelecido que o período existente entre os avisos prévios mencionados nesta cláusula e a efetiva rescisão contratual será utilizado pela **CONTRATADA** para encerrar os tratamentos já iniciados em sua Rede Credenciada, não iniciando, neste lapso temporal, novos tratamentos e assegurando-se os atendimentos em casos de urgência/emergência.

21.7 A rescisão contratual ocorrida em período inferior ao da vigência inicial deste Contrato, sem que haja descumprimento pela **CONTRATADA** de suas obrigações, ou a rescisão contratual efetuada pela **CONTRATADA** por motivo de não pagamento da mensalidade pelo período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, o CONTRATO acarretará à **CONTRATANTE** o pagamento de multa no valor correspondente à média das mensalidades pagas nos últimos 6 (seis) meses à **CONTRATADA**, multiplicado por 3 (três).

21.8 A recusa da **CONTRATANTE** em providenciar o envio dos documentos comprobatórios de elegibilidade dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e da relação de dependência dos DEPENDENTES incluídos no Plano, por mais de 30 dias contados da data de solicitação pela **CONTRATADA**, caracterizará o não cumprimento contratual, podendo ensejar e justificar a rescisão unilateral do CONTRATO por parte da **CONTRATADA**.

XXII. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1 São obrigações da **CONTRATADA**:

22.1.1 Efetuar os pagamentos, por conta e ordem dos Beneficiários, aos cirurgiões dentistas e clínicas pertencentes a sua Rede Credenciada, dos serviços cobertos pelo Plano ora contratado realizados nos Beneficiários deste Contrato.

22.1.2 Efetuar os reembolsos previstos neste Contrato conforme condições convencionadas.

22.1.3 Atualizar mensalmente a relação de Beneficiários, no que se refere a inclusões e exclusões informadas pela **CONTRATANTE**.

22.1.4 Disponibilizar Rede Credenciada selecionada por critérios de formação profissional, localização, instalações, higiene, equipamentos e habilitação profissional e disponibilizar a relação de credenciados atualizada para consulta no site www.metlife.com.br.

22.2 São obrigações da **CONTRATANTE**:

22.2.1 Efetuar os pagamentos à **CONTRATADA** em conformidade com a forma, os valores e as datas estipuladas neste Contrato.

22.2.2 Informar a **CONTRATADA** sobre as atualizações na relação de Beneficiários (inclusões e exclusões), especificando todos os dados cadastrais exigidos pela legislação vigente.

22.2.3 Recolher e devolver à **CONTRATADA** os Cartões de Identificação dos Beneficiários excluídos do Plano, ou de todos os Beneficiários no caso de rescisão deste Contrato.

22.3 Se houver mais de uma filial neste Contrato, estabelecem as partes que a **CONTRATADA** irá considerar individualmente o grupo de Beneficiários de cada filial apenas para fins de emissão de fatura.

22.3.1 **CONTRATANTE** declara-se solidariamente responsável perante a **CONTRATADA** por todas as condições deste Contrato.

22.3.2 Fica estabelecido que a rescisão do presente CONTRATO por qualquer das contratantes implicará na reavaliação dos valores das TMM (Taxas de Manutenção Mensais) a fim de manter-se o equilíbrio financeiro do Plano e, não havendo acordo entre as partes para reavaliação dos valores praticados, essa rescisão alcançará as demais contratantes.

22.4 Os tributos decorrentes dos serviços prestados relacionados a este Contrato, inclusive o ISS, são de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**.

22.5 Estabelecem as partes que qualquer alteração nas condições deste Contrato, desde que não modifique as características do Plano ora contratado ou do PROGRAMA DENTAL PME, deverá ser feita por meio de Aditivo Contratual que, assinado pelas partes, passará a integrar este Contrato.

22.6 É vedada a cessão ou transferência de quaisquer direitos e obrigações assumidas no presente Contrato a terceiros, sem a prévia anuência das partes.

22.7 As partes, para todos os efeitos, declaram, neste ato, a total desvinculação e independência de seus negócios, sendo certo que em nenhum momento poderão alegar qualquer vinculação de ordem societária ou administrativa, comprometendo-se, única e exclusivamente, com a relação comercial ora regulada, ou seja, além da prestação de serviço ora regulada, não se estabelece, nem se estabelecerá, entre as partes contratantes, por força deste Contrato, qualquer forma de sociedade, associação, parceria, consórcio ou responsabilidade solidária.

- 22.8 As partes também não responderão por quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias ou tributárias que a outra parte venha a ter em decorrência de sua relação com empregados ou prestadores de serviços.
- 22.9 As partes obrigam-se a manter o mais completo e absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação, dado, material, documento, especificação técnica ou comercial, inovação ou aperfeiçoamento, de qualquer natureza, referente aos Beneficiários ou às atividades uma da outra e/ou de suas subsidiárias, coligadas, controladas ou empresas com as quais qualquer das partes mantenha, direta ou indiretamente, qualquer vínculo de participação societária, que venham a ter acesso ou conhecimento em virtude deste Contrato, por qualquer forma ou suporte, tais como, mas sem restringir, documentos escritos, meios magnéticos, eletrônicos ou verbais, não podendo, sob qualquer pretexto ou desculpa, omissão, culpa ou dolo, utilizá-las para si, divulgar, revelar, reproduzir ou delas dar conhecimento a terceiros, salvo o que for estritamente necessário para cumprir este Contrato, responsabilizando-se, em caso de descumprimento da obrigação assumida, por perdas e danos e demais cominações legais.
- 22.10 Qualquer tolerância das partes será considerada excepcional e não constituirá novação ou precedente invocável pela outra parte.
- 22.11 A **CONTRATADA** prestará os serviços seguindo as leis, regulamentos, decretos e/ou decisões governamentais oficiais pertinentes ao país, inclusive, entre outras, aquelas ligadas à saúde, segurança e proteção ao meio ambiente.
- 22.12 Caso haja qualquer falha de informação cadastral dos Beneficiários, que venha a causar eventual aplicação de penalidade administrativa oriunda, exclusivamente, da inobservância das normas emanadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a respeito de dados cadastrais de beneficiários e legitimidade para ingresso no Plano Odontológico, tais como, mas não se limitando a, fornecimento de dados incorretos, fraudulentos ou não fornecimento de dados, desde que tais prejuízos tenham sido fixados em decisão administrativa irrecorrível, a **CONTRATANTE** se compromete a indenizar e ressarcir a **CONTRATADA** pela aplicação dessa penalidade pelo órgão regulador.
- 22.13 A **CONTRATANTE** deverá processar, atualizar e manter exclusivamente sob sua guarda, para cumprimento do disposto na Resolução Normativa, RN nº 117/2005 da ANS (Prevenção dos Crimes Previstos na Lei nº 9.613/98), o banco de dados do grupo de Beneficiários que aderiu ao presente Contrato, com as seguintes informações: a) nome completo; b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição ou dados de passaporte ou carteira civil, se estrangeiro; d) endereço completo (logradouro, complemento, bairro, CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD; e) número de inscrição no Cartão Nacional de Saúde (CNS); g) número da Declaração de Nascido Vivo, para titulares ou dependentes nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010; e h) atividade principal desenvolvida; bem como cópias dos documentos que dão suporte às referidas informações, apresentando as informações e documentos sempre que requisitado pela ANS e/ou pela **CONTRATADA**.
- 22.14 Eventuais dúvidas, obscuridades, contradições ou discussões a respeito do cumprimento do presente Contrato deverão ser dirimidas de comum acordo entre as partes.

- 22.15 Fazem parte do CONTRATO quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde.
- 22.16 No caso de solicitação de via adicional do Cartão de Identificação, a **CONTRATADA** emitirá uma nova via e cobrará o valor de R\$ 6,00 (seis reais), a ser incluído no documento fiscal representativo do próximo faturamento mensal, podendo ser reajustado pelo índice financeiro do contrato.
- 22.17 Custeio do Plano:

22.17.1O Plano de Assistência à Saúde Odontológica poderá ser:

a) Não contributário:

Quando o Plano de Assistência à Saúde é totalmente custeado pela **CONTRATANTE**, sem ônus para os Beneficiários.

b) Contributário:

- Totalmente contributário: quando os Beneficiários custeiam integralmente as Mensalidades;
- Parcialmente Contributário: quando os Beneficiários custeiam parcialmente as Mensalidades.

22.17.2É certo que, havendo ou não participação dos Beneficiários no custeio das Mensalidades, a **CONTRATANTE** se responsabiliza pelo pagamento integral dessas Mensalidades à Operadora.

22.17.3Não são considerados como contribuição para o custeio das Mensalidades, os valores, pagos pelos Beneficiários, relativos a fatores moderadores.

XXIII. ELEIÇÃO DE FORO

- 23.1 Com renúncia dos demais, por mais privilegiados que sejam, as partes elegem o foro da comarca da sede da **CONTRATANTE** para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente Contrato.

ANEXO I – ROL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

DIAGNÓSTICO

Consulta odontológica inicial.

Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial.

Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial.

Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial.

Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial.

Teste de fluxo salivar.

Teste de pH salivar.

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Colagem de fragmentos dentários.

Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial.

Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial.

Imobilização dentária em dentes decíduos.

Imobilização dentária em dentes permanentes.

Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial.

Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial.

Pulpectomia.

Recimentação de trabalhos protéticos.

Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM).

Reimplante dentário com contenção.

Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial.

Tratamento de alveolite.

RADIOLOGIA

Radiografia periapical.

Radiografia interproximal - bite-wing.

Radiografia oclusal.

Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Aplicação de selante de fósulas e fissuras.

Aplicação de selante - técnica invasiva.

Aplicação tópica de flúor.

Atividade educativa em saúde bucal.

Controle de biofilme (placa bacteriana).

Profilaxia: polimento coronário.

Remineralização.

DENTÍSTICA

Aplicação de cariostático.

Faceta direta em resina fotopolimerizável.

Núcleo de preenchimento.

Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana).

Restauração atraumática em dente decíduo.

Restauração atraumática em dente permanente.

Restauração de amálgama - 1 faces.

Restauração de amálgama - 2 faces.

Restauração de amálgama - 3 faces.

Restauração de amálgama - 4 faces.

Restauração em ionômero de vidro - 1 face.

Restauração em ionômero de vidro - 2 faces.

Restauração em ionômero de vidro - 3 faces.

Restauração em ionômero de vidro - 4 faces.

Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face.

Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces.

Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces.

Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces.

Restauração temporária / tratamento expectante.

PERIODONTIA

Ajuste oclusal por acréscimo.

Ajuste oclusal por desgaste seletivo.

Aumento de coroa clínica.

Cirurgia periodontal a retalho.

Cunha proximal.

Dessensibilização dentária.

Enxerto Gengival Livre.

Enxerto Pediculado.

Gengivectomia.

Gengivoplastia.

Imobilização dentária em dentes decíduos.

Imobilização dentária em dentes permanentes.

Raspagem sub-gengival/alisamento radicular.

Raspagem supra-gengival.

Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana).

Sepultamento radicular.

Tratamento de abscesso periodontal agudo.

Tunelização.

ENDODONTIA

Capreamento pulpar direto.

Pulpotomia em dente decíduo.

Remoção de corpo estranho intracanal.

Remoção de núcleo intrarradicular.

Retratamento endodôntico birradicular.

Retratamento endodôntico multirradicular.

Retratamento endodôntico unirradicular.

Tratamento de perfuração endodôntica.

tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta.

Tratamento endodôntico birradicular.

Tratamento endodôntico em dente decíduo.

Tratamento endodôntico multirradicular.

Tratamento endodôntico unirradicular.

CIRURGIA

Aprofundamento/aumento de vestíbulo.

Alveoloplastia.

Amputação radicular com obturação retrógrada.

Amputação radicular sem obturação retrógrada.

Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada.

Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada.

Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada.

Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada.

Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada.

Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada.

Biópsia de boca.

Biópsia de glândula salivar.
Biópsia de lábio.
Biópsia de língua.
Biópsia de mandíbula.
Biópsia de maxila.
Bridectomia.
Bridotomia.
Cirurgia para exostose maxilar.
Cirurgia para torus mandibular - bilateral.
Cirurgia para torus mandibular - unilateral.
Cirurgia para torus palatino.
Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial.
Exérese ou excisão de cálculo salivar.
Exérese ou excisão de cistos odontológicos.
Exérese ou excisão de mucocele.
Exérese ou excisão de rânula.
Exodontia a retalho.
Exodontia de raiz residual.
Exodontia simples de decíduo.
Exodontia simples de permanente.
Frenulectomia labial.
Frenulectomia lingual.
Frenulotomia labial.
Frenulotomia lingual.
Odonto-secção.
Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial.
Reconstrução de sulco gengivo-labial.
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária.
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária.
Remoção de dentes inclusos / impactados.
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados.
Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal.
Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal.
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial.
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial.
Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução.
Ulectomia.
Ulotomia.
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial.
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial.

PRÓTESE DENTAL

Próteses Unitárias de acordo com a DUT (Diretriz de Utilização) da ANS

Coroa de acetato em dente decíduo.
Coroa de acetato em dente permanente.
Coroa de aço em dente decíduo.
Coroa de aço em dente permanente.
Coroa de policarbonato em dente decíduo.

Coroa de policarbonato em dente permanente.
Coroa provisória com pino.
Coroa provisória sem pino.
Coroa total em cerômero em dentes Anteriores (Canino a Canino).
Coroa total metálica.
Núcleo metálico fundido.
Pino pré-fabricado.
Provisório para restauração metálica fundida.
Recimentação de trabalhos protéticos.
Remoção de núcleo intrarradicular.
Remoção de trabalho protético.
Restauração metálica fundida.

ODONTOPEDIATRIA

Condicionamento em Odontologia.
Coroa de acetato em dente decíduo.
Coroa de acetato em dente permanente.
Coroa de aço em dente decíduo.
Coroa de aço em dente permanente.
Coroa de policarbonato em dente decíduo.
Coroa de policarbonato em dente permanente.

ORTODONTIA (*)

Instalação de aparelhos ortodônticos na rede credenciada.

(*) Benefício Adicional: Ortodontia com aparelhos ortodônticos cobertos na Rede Credenciada, com pagamento da manutenção mensal e da documentação ortodôntica do tratamento pelo beneficiário.

ANEXO II – COBERTURAS ADICIONAIS AO ROL ANS

DIAGNÓSTICO

Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro.

CIRURGIA

Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial.
Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

ENDODONTIA

Clareamento de dente desvitalizado.

ODONTOPEDIATRIA

Mantenedor de espaço fixo.
Mantenedor de espaço removível.

PRÓTESE

Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório).
Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório).
Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório).
Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório).
Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos.
Reembasamento de coroa provisória.

RADIOLOGIA

Documentação Periodontal.
Radiografia da ATM.
Radiografia da mão e punho - carpal.
Telerradiografia.
Traçado cefalométrico.

URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Reeducação e/ou reabilitação de seqüela em traumatismo buco-maxilo-facial.

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA

Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)
Traçado cefalométrico (02 traçados)
Telerradiografia
Modelos ortodônticos
Fotografia (05 fotografias)

ANEXO III – ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

UF	MUNICÍPIO	UF	MUNICÍPIO	UF	MUNICÍPIO	UF	MUNICÍPIO
AL	MACEIÓ	MG	ITAPEVA	PR	PINHAIS	SP	ARARAS
AM	MANAUS	MG	ITAÚ DE MINAS	PR	PONTA GROSSA	SP	ARTUR NOGUEIRA
BA	ALAGOINHAS	MG	ITUIUTABA	PR	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	SP	ARUJÁ
BA	CAMAÇARI	MG	JOÃO MONLEVADE	PR	SÃO MATEUS DO SUL	SP	ASSIS
BA	CANDEIAS	MG	JOÃO PINHEIRO	PR	TOLEDO	SP	ATIBAIA
BA	CATU	MG	JUIZ DE FORA	PR	UMUARAMA	SP	BARIRI
BA	DIAS D'AVILA	MG	LAGOA SANTA	RJ	ANGRA DOS REIS	SP	BARRETOS
BA	ENTRE RIOS	MG	LAVRAS	RJ	ARARUAMA	SP	BARUERI
BA	FEIRA DE SANTANA	MG	MANTENA	RJ	ARRA DO PIRAÍ	SP	BASTOS
BA	ILHÉUS	MG	MARIA DA FÉ	RJ	ARRA MANSÁ	SP	BAURU
BA	ITABUNA	MG	MARIANA	RJ	BELFORD ROXO	SP	BEBEDOURO
BA	JACOBINA	MG	MONTE CARMELO	RJ	CABO FRIO	SP	BIRIGUI
BA	LAURO DE FREITAS	MG	MONTES CLAROS	RJ	CAMPOS DOS GOYTACAZES	SP	BOITUVA
BA	POJUCA	MG	NOVA LIMA	RJ	DUQUE DE CAXIAS	SP	BOTUCATU
BA	SALVADOR	MG	OURO BRANCO	RJ	ITABORAÍ	SP	BRAGANÇA PAULISTA
BA	São Sebastião do Passé	MG	OURO PRETO	RJ	ITAGUAÍ	SP	CABREÚVA
BA	SENHOR DO BONFIM	MG	PARACATU	RJ	ITAPERUNA	SP	CAIEIRAS
BA	SIMÕES FILHO	MG	PASSOS	RJ	MACAÉ	SP	CAMPINAS
BA	VITÓRIA DA CONQUISTA	MG	PATOS DE MINAS	RJ	MAGÉ	SP	CAMPO LIMPO PAULISTA
CE	AQUIRAZ	MG	PATROCÍNIO	RJ	MARICÁ	SP	CARAGUATATUBA
CE	FORTALEZA	MG	PEDRA AZUL	RJ	MESQUITA	SP	CARAPICUÍBA
DF	BRASÍLIA	MG	PEDRO LEOPOLDO	RJ	NILÓPOLIS	SP	CATANDUVA
ES	ARACRUZ	MG	PERDÕES	RJ	NITERÓI	SP	CERQUILHO
ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	MG	PIRAPORA	RJ	NOVA FRIBURGO	SP	CONC. HAL
ES	CARIACICA	MG	POÇOS DE CALDAS	RJ	NOVA IGUAÇU	SP	CORDEIRÓPOLIS
ES	GUARAPARI	MG	PONTE NOVA	RJ	PETRÓPOLIS	SP	COSMÓPOLIS
ES	LINHARES	MG	POUSO ALEGRE	RJ	QUEIMADOS	SP	COTIA
ES	SÃO MATEUS	MG	RIBEIRÃO DAS NEVES	RJ	RESENDE	SP	CRAVINHOS
ES	SERRA	MG	SABARÁ	RJ	RIO DAS OSTRAS	SP	CRUZEIRO
ES	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	MG	SANTA LUZIA	RJ	RIO DE JANEIRO	SP	CUBATÃO
ES	VILA VELHA	MG	SANTOS DUMONT	RJ	SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA	SP	DESCALVADO
ES	VITÓRIA	MG	SÃO JOSÉ DA LAPA	RJ	SÃO GONÇALO	SP	DIADEMA
GO	ANÁPOLIS	MG	SÃO LOURENÇO	RJ	SÃO JOÃO DE MERITI	SP	DRACENA
GO	APARECIDA DE GOIÂNIA	MG	SARZEDO	RJ	TERESÓPOLIS	SP	EMBU
GO	CAMPINORTE	MG	SETE LAGOAS	RJ	VOLTA REDONDA	SP	FRANCA
GO	CATALÃO	MG	TIMÓTEO	RN	MOSSORÓ	SP	FRANCISCO MORATO
GO	GOIÂNIA	MG	TRÊS CORAÇÕES	RN	NATAL	SP	FRANCO DA ROCHA
GO	ITUMBARA	MG	UBÁ	RN	PARNAMIRIM	SP	GARÇA
GO	NIQUELÂNDIA	MG	UBERABA	RR	BOA VISTA	SP	GUARAREMA
GO	PORANGATU	MG	UBERLÂNDIA	RS	CACHOEIRINHA	SP	GUARATINGUETÁ
GO	SÃO LUIS DE MONTES BELOS	MG	UNAÍ	RS	CANOAAS	SP	GUARUJA
GO	URUAÇU	MG	VARGINHA	RS	CAXIAS DO SUL	SP	GUARULHOS
MA	IMPERATRIZ	MG	VAZANTE	RS	CHARQUEADAS	SP	HORTOLÂNDIA
MA	SÃO LUIS	MG	VIÇOSA	RS	ESTEIO	SP	IBITINGA
MG	ABAETÉ	MS	CAMPO GRANDE	RS	GRAVATAÍ	SP	IBIÚNA
MG	ALFENAS	MS	SONORA	RS	GUAÍBA	SP	IGUAPE
MG	ARAGUARI	MS	TRÊS LAGOAS	RS	NOVO HAMBURGO	SP	INDAIATUBA
MG	ARAXÁ	MT	CUIABÁ	RS	PASSO FUNDO	SP	ITAPECERICA DA SERRA
MG	BARÃO DE COCAIS	MT	RONDONÓPOLIS	RS	PELOTAS	SP	ITAPETINGA
MG	BARBACENA	MT	SORRISO	RS	PORTO ALEGRE	SP	ITAPEVA
MG	BARROSO	MT	VÁRZEA GRANDE	RS	RIO GRANDE	SP	ITAPIRA
MG	BELO HORIZONTE	PA	ANANINDEUA	RS	SANTA MARIA	SP	ITAQUAQUECETUBA
MG	BETIM	PA	BELÉM	RS	SAO LEOPOLDO	SP	ITARARÉ
MG	BOM SUCESSO	PA	PARAUAPEBAS	SC	BALNEÁRIO CAMBORIÚ	SP	ITATIBA
MG	BRUMADINHO	PB	CAMPINA GRANDE	SC	BLUMENAU	SP	ITU
MG	CAETÉ	PB	JOÃO PESSOA	SC	CHAPECÓ	SP	ITUPEVA
MG	CANDEIAS	PE	CABO DE SANTO AGOSTINHO	SC	CRICIÚMA	SP	JABOTICABAL
MG	CARANGOLA	PE	CAMARAGIBE	SC	FLORIANÓPOLIS	SP	JACAREÍ
MG	CARATINGA	PE	CARUARU	SC	ITAJAÍ	SP	JAGUARIÚNA
MG	CONFINS	PE	JABOATÃO DOS GUARARAPES	SC	ITAPEMA	SP	JANDIRA
MG	CONGONHAS	PE	OLINDA	SC	JARAGUÁ DO SUL	SP	JAÚ
MG	CONSELHEIRO LAFAIETE	PE	PAULISTA	SC	JOINVILLE	SP	JUNDIAÍ
MG	CONTAGEM	PE	PETROLINA	SC	LAGES	SP	LARANJAL PAULISTA
MG	CORONEL FABRICIANO	PE	RECIFE	SC	MAFRA	SP	LEMÉ
MG	CURVELO	PI	PARNAÍBA	SC	NAVEGANTES	SP	LIMEIRA
MG	DIVINO	PI	TERESINA	SC	PALHOÇA	SP	LINS
MG	DIVINÓPOLIS	PR	ARAPONGAS	SC	RIO NEGRINHO	SP	LORENA
MG	EXTREMA	PR	ARAUCÁRIA	SC	SÃO BENTO DO SUL	SP	MAIRIPORÃ
MG	FORMIGA	PR	BALSA NOVA	SC	SÃO FRANCISCO DO SUL	SP	MARÍLIA
MG	FORTALEZA DE MINAS	PR	CAMPINA GRANDE DO SUL	SC	SÃO JOSÉ	SP	MATÃO
MG	GOVERNADOR VALADARES	PR	CAMPO LARGO	SC	TUBARÃO	SP	MAUÁ
MG	GUAXUPÉ	PR	CAÇAVEL	SE	ARACAJU	SP	MOGI DAS CRUZES
MG	IBIRITÉ	PR	COLOMBO	SP	ADAMANTINA	SP	MOGI GUACU
MG	IPATINGA	PR	CURITIBA	SP	AGUAÍ	SP	MOGI MIRIM
MG	ITABIRA	PR	FAZENDA RIO GRANDE	SP	AMERICANA	SP	MONTE ALTO
MG	ITABIRITO	PR	LONDRINA	SP	AMÉRICO BRASILIENSE	SP	NOVA EUROPA
MG	ITAJUBÁ	PR	MARECHAL CÂNDIDO RONDON	SP	AMPARO	SP	NOVA ODESSA
MG	ITAMONTE	PR	MARINGÁ	SP	ARAÇATUBA	SP	OLÍMPIA
MG	ITANHANDU	PR	MATINHOS	SP	ARARAQUARA	SP	ORLÂNDIA

UF	MUNICÍPIO	UF	MUNICÍPIO	UF	MUNICÍPIO	UF	MUNICÍPIO
SP	OSASCO	SP	PRESIDENTE PRUDENTE	SP	SÃO CAETANO DO SUL	SP	TABOÃO DA SERRA
SP	OSVALDO CRUZ	SP	RANCHARIA	SP	SÃO CARLOS	SP	TAQUARITINGA
SP	OURINHOS	SP	RIBEIRÃO PIRES	SP	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	TAUBATÉ
SP	PAULÍNIA	SP	RIBEIRÃO PRETO	SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	SP	TREMEMBÉ
SP	PIEDADE	SP	RIO CLARO	SP	SÃO PAULO	SP	TUPÁ
SP	PINDAMONHANGABA	SP	SALTO	SP	SÃO ROQUE	SP	VALINHOS
SP	PIRACICABA	SP	SALTO DE PIRAPORA	SP	SÃO SEBASTIÃO	SP	VARGEM GRANDE PAULISTA
SP	PIRASSUNUNGA	SP	SANTA BÁRBARA D'OESTE	SP	SÃO VICENTE	SP	VÁRZEA PAULISTA
SP	POÁ	SP	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	SERTAOZINHO	SP	VINHEDO
SP	PORTO FELIZ	SP	SANTANA DE PARNAÍBA	SP	SOROCABA	SP	VOTORANTIM
SP	PORTO FERREIRA	SP	SANTO ANDRÉ	SP	SUMARÉ	SP	VOTUPORANGA
SP	PRAIA GRANDE	SP	SANTOS	SP	SUZANO	TO	PALMAS
SP	PRESIDENTE EPITÁCIO	SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	SP	TABATINGA		

ANS Nº 406481