

<b>CLÁUSULAS</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1</b>	<b>▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE .....</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>▶ OBJETO DO CONTRATO.....</b>	<b>1</b>
<b>4</b>	<b>▶ NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....</b>	<b>2</b>
<b>5</b>	<b>▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>6</b>	<b>▶ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....</b>	<b>3</b>
<b>7</b>	<b>▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA .....</b>	<b>3</b>
<b>8</b>	<b>▶ ÁREA DE ATUAÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>9</b>	<b>▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO .....</b>	<b>4</b>
<b>10</b>	<b>▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>11</b>	<b>▶ DOS CONCEITOS.....</b>	<b>6</b>
<b>12</b>	<b>▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....</b>	<b>6</b>
<b>13</b>	<b>▶ EXCLUSÕES CONTRATUAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>14</b>	<b>▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>15</b>	<b>▶ DO REEMBOLSO DE DESPESAS.....</b>	<b>18</b>
<b>16</b>	<b>▶ VIGÊNCIA DO CONTRATO .....</b>	<b>28</b>
<b>17</b>	<b>▶ CARÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
<b>18</b>	<b>▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE .....</b>	<b>30</b>
<b>19</b>	<b>▶ REAJUSTE .....</b>	<b>31</b>
<b>20</b>	<b>▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO .....</b>	<b>32</b>
<b>21</b>	<b>▶ RESCISÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>22</b>	<b>▶ DISPOSIÇÕES GERAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>23</b>	<b>▶ DO FORO.....</b>	<b>36</b>

---

1 ► CLÁUSULA PRIMEIRA

**QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA**

**1.1 – AMIL Assistência Médica Internacional S.A.**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

2 ► CLÁUSULA SEGUNDA

**QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE**

**2.1 – A CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

**2.2 – A CONTRATANTE** é identificada também neste contrato como **BENEFICIÁRIO titular**, devendo indicar expressamente na proposta contratual os **BENEFICIÁRIOS dependentes**, e todos em conjunto serão denominados **BENEFICIÁRIOS**.

3 ► CLÁUSULA TERCEIRA

**OBJETO DO CONTRATO**

**3.1 – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos pela CONTRATADA das despesas com os procedimentos de assistência odontológica prestada por terceiros aos BENEFICIÁRIOS indicados pela CONTRATANTE e nas condições de cobertura estabelecidas no presente contrato e de acordo com o estipulado no plano contratado em obediência à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sua regulamentação.**

4

#### CLÁUSULA QUARTA

##### NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

4.1 – O plano odontológico assegura a cobertura de custos das despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso.

a) **Dental 200 R DOC**, segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação com previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 471207142, assegurando aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura integral de custos de despesas odontológicas, desde que os serviços envolvidos no atendimento ao **BENEFICIÁRIO** estejam descritos na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

5

#### CLÁUSULA QUINTA

##### TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1 – O tipo de contratação deste plano poderá ser Individual ou Familiar, tal como definidos abaixo:

a) **Contrato Individual:** é aquele que tem como único **BENEFICIÁRIO** o **TITULAR**.

b) **Contrato Familiar:** é aquele que tem no mínimo 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS**, sendo ao menos um titular e um dependente, do mesmo grupo familiar, de acordo com o grau de parentesco descrito na cláusula CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.

5.1.1 – Caso haja, a qualquer tempo, perda das condições obrigatórias para a qualificação do contrato como familiar, o plano será tido como Individual, inclusive com relação à precificação.

5.2 – A omissão de informações visando auferir vantagens para si próprio ou para qualquer outra pessoa, caracteriza ato ilícito previsto no art. 159 do Código Civil Brasileiro, acarretando a aplicação do art. 1.444 do mesmo Código, sem prejuízo de outras penalidades cabíveis.

6

## CLÁUSULA SEXTA

### SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

**6.1** – A segmentação assistencial do plano incluído neste contrato é exclusivamente odontológica.

7

## CLÁUSULA SÉTIMA

### ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

**7.1** – Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada, na abrangência geográfica nacional, em consonância com a classificação estabelecida na legislação vigente.

**7.2** – A **CONTRATADA** disponibilizará Orientador Odontológico com a lista de todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), constando os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso.

**7.2.1** – Por se tratar de plano com abrangência geográfica nacional, os prestadores poderão estar distribuídos por mais de um orientador, de acordo com os diferentes estados.

**7.3** – O orientador odontológico será disponibilizado através de meio físico, cópia em CD ou on-line, através do site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br), a critério da **CONTRATADA**.

8

## CLÁUSULA OITAVA

### ÁREA DE ATUAÇÃO

**8.1** – As áreas de atuação do plano odontológico descritas na cláusula quarta compreendem os estados que integram a área geográfica de abrangência do produto, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pelo **BENEFICIÁRIO**.

## CLÁUSULA NONA

### ATRIBUTOS DO CONTRATO

**9.1** – A **AMIL** operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o §1º, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, caso este se aplique ao plano escolhido, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

**9.2** – O presente contrato de cobertura odontológica reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no art. 54 do Código de Defesa do Consumidor e arts. 458 a 461 do Código Civil de 2002, assumindo o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência pela in ocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la, ou em razão de o evento não constar do Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente.

**9.3** – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

## CLÁUSULA DÉCIMA

### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**10.1** – Conforme definido na qualificação da **CONTRATANTE**, são considerados como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato o **BENEFICIÁRIO titular** e seus **BENEFICIÁRIOS** dependentes, indicados na proposta contratual, com grau de parentesco ou afinidade em relação ao **BENEFICIÁRIO titular**.

**10.1.1** – São **BENEFICIÁRIOS** dependentes, com relação ao titular:

- a) Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes.
- b) Os filhos, os enteados, os tutelados que ficam equiparados aos filhos, para fins deste contrato.
- c) Pai, mãe, irmãos, avós, netos(as), tios(as), sobrinho(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madastra, enteado(a), cunhado(a) e concunhado(a).

**10.2** – Em caso de inscrição pelo **BENEFICIÁRIO** de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO**.

**10.2.1** – Para fins de aplicação do item anterior, deve ser realizada a solicitação do **BENEFICIÁRIO** à **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do parto, da guarda provisória ou da sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o conseqüente acréscimo da contraprestação pecuniária.

**10.3** – Os menores de 18 anos poderão ser **BENEFICIÁRIOS** titulares, ou seja, como **CONTRATANTES**, devendo, nesse caso, ser representados ou assistidos na forma da legislação civil, desde que possuam CPF, conforme a legislação vigente.

**10.4** – O **BENEFICIÁRIO titular** deverá preencher, por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS**, todos os dados incluídos na proposta contratual, apresentando os documentos indispensáveis para a comprovação das informações prestadas, como carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento ou casamento e comprovante de residência.

**10.5** – A exclusão de **BENEFICIÁRIO(S)** em caso de falecimento será realizada, desde que seja formalizada pelo **CONTRATANTE** e na data do próximo vencimento da mensalidade.

**10.5.1** – Nos casos de óbito do titular e/ou responsável, o cônjuge **BENEFICIÁRIO** ou o **BENEFICIÁRIO** mais idoso passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o novo titular **CONTRATANTE**. Nesses casos, deverá ser comunicada a exclusão à **CONTRATADA**, com a apresentação da certidão de óbito para que se proceda à alteração contratual e emissão de nova lâmina de pagamento.

11

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

### DOS CONCEITOS

11.1 – Para fins deste contrato, considera-se:

**11.1.1 – Consulta inicial** – aquela destinada a exames e diagnóstico para elaboração do plano de tratamento.

**11.1.2 – Consulta de urgência** – aquela caracterizada por sofrimento intenso, que justifique um atendimento imediato, tais como, mas não limitados a estes: curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de trabalho protético; tratamento de alveolite; incisão e drenagem de abscesso extra e intraoral; reimplante de dente avulsionado.

**11.1.3 – Consulta para condicionamento** – o tempo despendido para a adaptação do cliente de até 7 (sete) anos de idade ao ambiente clínico do consultório e conseqüentemente o aceite da execução dos procedimentos que forem necessários, de acordo com a cobertura do plano contratado.

**11.1.4 – Prazo mínimo de validade** – o tempo aceitável para que um mesmo procedimento seja realizado novamente, tendo em vista as normas técnicas e os padrões odontológicos aceitos. Eventualmente, procedimentos odontológicos solicitados com prazos discrepantes dos prazos aceitáveis poderão ser analisados administrativamente.

12

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

### COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**12.1** – A cobertura se dará nos limites do plano contratado, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros itens, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato, e as disposições previstas pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, vigentes à época do evento.

**12.2** – A cobertura de custos das despesas com atendimento na rede credenciada assegurada neste contrato será realizada pela **CONTRATADA**, através de pagamento direto ao prestador de serviço, sempre em conformidade com as condições contratuais vigentes.

**12.3** – A rede credenciada a que se refere este contrato é composta por dentistas, serviços de radiologia e clínicas de urgência, constantes da relação de profissionais cadastrados pela **CONTRATADA**.

**12.4** – Este contrato prevê cobertura de custos odontológicos para os seguintes procedimentos:

**12.4.1** – Plano Dental 200 Doc. R.

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>85100242</b>	Adequação do meio bucal
<b>85400017</b>	Ajuste oclusal por acréscimo
<b>85400025</b>	Ajuste oclusal por desgaste seletivo
<b>82000034</b>	Alveoloplastia
<b>82000050</b>	Amputação radicular com obturação retrógrada
<b>82000069</b>	Amputação radicular sem obturação retrógrada
<b>82000077</b>	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada
<b>82000085</b>	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada
<b>82000158</b>	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada
<b>82000166</b>	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada
<b>82000174</b>	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada
<b>82000182</b>	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada
<b>84000031</b>	Aplicação de cariostático
<b>84000058</b>	Aplicação de selante – técnica invasiva
<b>84000074</b>	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras
<b>84000090</b>	Aplicação tópica de flúor
<b>84000112</b>	Aplicação tópica de verniz fluoretado
<b>82000190</b>	Aprofundamento/aumento de vestibulo
<b>86000144</b>	Arco lingual
<b>87000016</b>	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
<b>84000139</b>	Atividade educativa em saúde bucal
<b>87000024</b>	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82000212</b>	Aumento de coroa clínica
<b>00013186</b>	Avaliação da condição de saúde
<b>00014160</b>	Avaliação periodontal e controle
<b>86000152</b>	Barra transpalatina fixa (instalação na rede credenciada)
<b>82000239</b>	Biópsia de boca
<b>82000247</b>	Biópsia de glândula salivar
<b>82000255</b>	Biópsia de lábio
<b>82000263</b>	Biópsia de língua
<b>82000271</b>	Biópsia de mandíbula
<b>82000280</b>	Biópsia de maxila
<b>86000195</b>	Botão de nance (instalação na rede credenciada)
<b>82000298</b>	Bridectomia
<b>82000301</b>	Bridotomia
<b>85100013</b>	Capeamento pulpar direto
<b>82000336</b>	Cirurgia odontológica a retalho
<b>82000344</b>	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
<b>82000352</b>	Cirurgia para exostose maxilar
<b>82000360</b>	Cirurgia para torus mandibular bilateral
<b>82000387</b>	Cirurgia para torus mandibular unilateral
<b>82000395</b>	Cirurgia para torus palatino
<b>82000417</b>	Cirurgia periodontal a retalho
<b>00014077</b>	Cirurgia periodontal por elemento
<b>85200018</b>	Clareamento de dente desvitalizado
<b>85100048</b>	Colagem de fragmentos dentários
<b>82000441</b>	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial
<b>81000014</b>	Condicionamento em odontologia
<b>87000032</b>	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
<b>85400041</b>	Conserto de prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)
<b>85400068</b>	Conserto de prótese total (exclusivamente em consultório)

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>00011413</b>	Consulta em ambiente hospitalar ou home care
<b>81000030</b>	Consulta odontológica
<b>00011318</b>	Consulta odontológica de urgência 24 horas – simples
<b>81000049</b>	Consulta odontológica de urgência
<b>81000057</b>	Consulta odontológica de urgência 24 horas
<b>00011200</b>	Consulta odontológica de urgência em horário comercial
<b>81000090</b>	Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
<b>86000209</b>	Contenção fixa – por arcada
<b>84000163</b>	Controle de biofilme (placa bacteriana)
<b>82000468</b>	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
<b>82000484</b>	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial
<b>85400572</b>	Coroa 3/4
<b>83000020</b>	Coroa de acetato em dente decíduo
<b>83000046</b>	Coroa de aço em dente decíduo
<b>83000062</b>	Coroa de policarbonato em dente decíduo
<b>85400076</b>	Coroa provisória com pino
<b>85400084</b>	Coroa provisória sem pino
<b>85400092</b>	Coroa total acrílica prensada
<b>85400114</b>	Coroa total de cerômero (dentes anteriores)
<b>85400149</b>	Coroa total metálica
<b>82000557</b>	Cunha proximal
<b>00014350</b>	Curetagem de bolsa periodontal
<b>85300012</b>	Dessensibilização dentária
<b>00013101</b>	Determinação do CPOS ampliado
<b>81000111</b>	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial
<b>81000138</b>	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial
<b>81000154</b>	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial
<b>81000170</b>	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>81000197</b>	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
<b>81000200</b>	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
<b>81000219</b>	Diagnóstico e tratamento de halitose
<b>81000235</b>	Diagnóstico e tratamento de xerostomia
<b>81000243</b>	Diagnóstico por meio de enceramento
<b>00012103</b>	Documentação ortodôntica básica
<b>82000646</b>	Enxerto conjuntivo subepitelial
<b>82000662</b>	Enxerto gengival livre
<b>82000689</b>	Enxerto pediculado
<b>82000700</b>	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
<b>87000148</b>	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
<b>00013162</b>	Evidenciação de placa
<b>82000778</b>	Exérese ou excisão de cálculo salivar
<b>82000786</b>	Exérese ou excisão de cistos odontológicos
<b>82000794</b>	Exérese ou excisão de mucocele
<b>82000808</b>	Exérese ou excisão de rânula
<b>82000816</b>	Exodontia a retalho
<b>82001740</b>	Exodontia de inclusos/impactados/supranumerários
<b>82000832</b>	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
<b>82000859</b>	Exodontia de raiz residual
<b>82001294</b>	Exodontia de semi-inclusos/impactados
<b>82001731</b>	Exodontia de semi-inclusos/impactados/supranumerários
<b>83000089</b>	Exodontia simples de decíduo
<b>82000875</b>	Exodontia simples de permanente
<b>85100064</b>	Faceta direta em resina fotopolimerizável (dentes anteriores)
<b>82000883</b>	Frenulectomia labial
<b>82000891</b>	Frenulectomia lingual

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82000905</b>	Frenulotomia labial
<b>82000913</b>	Frenulotomia lingual
<b>82000921</b>	Gengivectomia
<b>00014397</b>	Gengivectomia por elemento
<b>82000948</b>	Gengivoplastia
<b>86000314</b>	Grade palatina fixa
<b>86000322</b>	Grade palatina removível
<b>85000787</b>	Imobilização dentária em dentes decíduos
<b>85300020</b>	Imobilização dentária em dentes permanentes
<b>82001022</b>	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
<b>82001030</b>	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
<b>00081728</b>	Instalação de aparelho – rede credenciada
<b>81000294</b>	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
<b>83000097</b>	Mantenedor de espaço fixo
<b>83000100</b>	Mantenedor de espaço removível
<b>00017011</b>	Mumificação pulpar
<b>00041227</b>	Núcleo de fibra de vidro ou fibra de carbono mais preenchimento
<b>85400211</b>	Núcleo de preenchimento
<b>85400220</b>	Núcleo metálico fundido
<b>82001073</b>	Odontossecção
<b>00014373</b>	Periodontia módulo 2**
<b>00014385</b>	Periodontia módulo 3***
<b>00042402</b>	Placa de contenção
<b>86000462</b>	Placa de hawley
<b>86000470</b>	Placa de hawley – com torno expensor
<b>86000535</b>	Placa lábio-ativa
<b>85400270</b>	Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada)

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>00014361</b>	Prevenção módulo 1*
<b>84000198</b>	Profilaxia: polimento coronário
<b>85200042</b>	Pulpotomia
<b>83000127</b>	Pulpotomia em dente decíduo
<b>82001103</b>	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial
<b>82001120</b>	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial
<b>86000560</b>	Quadri-hélice
<b>81000324</b>	Radiografia anteroposterior
<b>81000340</b>	Radiografia da ATM
<b>81000367</b>	Radiografia de mão e punho – carpal
<b>81000375</b>	Radiografia interproximal – bite-wing
<b>00012164</b>	Radiografia interproximal – bite-wing em clínica radiológica
<b>81000561</b>	Radiografia lateral do corpo da mandíbula
<b>81000383</b>	Radiografia oclusal
<b>00012176</b>	Radiografia oclusal em clínica radiológica
<b>81000405</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
<b>81000413</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
<b>81000421</b>	Radiografia periapical
<b>00012152</b>	Radiografia periapical em clínica radiológica
<b>81000430</b>	Radiografia posteroanterior
<b>85300039</b>	Raspagem subgengival/alisamento radicular
<b>85300047</b>	Raspagem supragengival
<b>82001154</b>	Reconstrução de sulco gengivolabial
<b>82001170</b>	Redução cruenta de fratura alveolodentária
<b>82001189</b>	Redução incruenta de fratura alveolodentária
<b>82001197</b>	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)
<b>85400483</b>	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório)

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82001251</b>	Reimplante dentário com contenção
<b>84000201</b>	Remineralização
<b>00042603</b>	Remoção de aparelho fixo (profilaxia inclusa)
<b>85200050</b>	Remoção de corpo estranho intracanal
<b>82001286</b>	Remoção de dentes inclusos/impactados
<b>82001308</b>	Remoção de dreno extraoral
<b>82001316</b>	Remoção de dreno intraoral
<b>85200077</b>	Remoção de núcleo intrarradicular
<b>82001367</b>	Remoção de odontoma
<b>85300055</b>	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
<b>00015194</b>	Reparo em restauração
<b>83000135</b>	Restauração atraumática em dente decíduo
<b>85100080</b>	Restauração atraumática em dente permanente
<b>85100099</b>	Restauração de amálgama – 1 face
<b>85100102</b>	Restauração de amálgama – 2 faces
<b>85100110</b>	Restauração de amálgama – 3 faces
<b>85100129</b>	Restauração de amálgama – 4 faces
<b>00015240</b>	Restauração de ângulo
<b>00015264</b>	Restauração de superfície radicular
<b>85100137</b>	Restauração de ionômero de vidro – 1 face
<b>85100145</b>	Restauração de ionômero de vidro – 2 faces
<b>85100153</b>	Restauração de ionômero de vidro – 3 faces
<b>85100161</b>	Restauração de ionômero de vidro – 4 faces
<b>85100196</b>	Restauração de resina fotopolimerizável – 1 face
<b>85100200</b>	Restauração de resina fotopolimerizável – 2 faces
<b>85100218</b>	Restauração de resina fotopolimerizável – 3 faces
<b>85100226</b>	Restauração de resina fotopolimerizável – 4 faces
<b>85400556</b>	Restauração metálica fundida
<b>85200085</b>	Restauração temporária/tratamento expectante

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82001391</b>	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial
<b>82001413</b>	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial
<b>85200093</b>	Retratamento endodôntico birradicular
<b>85200107</b>	Retratamento endodôntico multirradicular
<b>85200115</b>	Retratamento endodôntico unirradicular
<b>82001464</b>	Sepultamento radicular
<b>82001499</b>	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial
<b>81000480</b>	Telerradiografia com traçado cefalométrico
<b>81000472</b>	Telerradiografia
<b>84000228</b>	Teste de capacidade tampão da saliva
<b>84000236</b>	Teste de contagem microbiológica
<b>84000244</b>	Teste de fluxo salivar
<b>84000252</b>	Teste de ph salivar
<b>82001502</b>	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
<b>82001545</b>	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região bucomaxilofacial
<b>82001510</b>	Tratamento cirúrgico das fístulas buconasais
<b>82001529</b>	Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais
<b>82001553</b>	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial
<b>82001588</b>	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
<b>82001596</b>	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
<b>82001618</b>	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial
<b>82001634</b>	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – ATM
<b>85300063</b>	Tratamento de abscesso periodontal agudo
<b>82001650</b>	Tratamento de alveolite
<b>85100234</b>	Tratamento de fluorose – microabrasão
<b>85300071</b>	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA
<b>85200123</b>	Tratamento de perfuração endodôntica
<b>85300080</b>	Tratamento de pericoronarite
<b>85200140</b>	Tratamento endodôntico birradicular
<b>85200131</b>	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
<b>83000151</b>	Tratamento endodôntico em dente decíduo
<b>85200158</b>	Tratamento endodôntico multirradicular
<b>85200166</b>	Tratamento endodôntico unirradicular
<b>82001685</b>	Tunelização
<b>82001707</b>	Ulectomia
<b>82001715</b>	Ulotomia
<b>00017165</b>	Utilização de microscópio em endodontia

\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*\*O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

### EXCLUSÕES CONTRATUAIS

**13.1** – O presente contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso, **EM QUALQUER HIPÓTESE**, para os eventos que se seguem:

**13.1.1** – Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e materiais odontológicos listados no Rol de procedimentos odontológicos vigentes à época do evento quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos sem estrutura hospitalar.

**13.1.2** – Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

**13.1.3** – O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.

**13.1.4** – Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

**13.2** – Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua adesão, exceto se incorporado ao Rol de Procedimentos Odontológicos pelo órgão regulador.

**13.3** – Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo **BENEFICIÁRIO**, que incluem, entre outros: ingestão de bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.

**13.4** – Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.

**13.5** – Implantes, próteses sobre implantes e transplantes.

**13.6** – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na Cláusula de Reembolso de Despesas.

**13.7** – Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

**13.8** – Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na Segmentação Assistência Médica, vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.

**13.9** – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.

**13.10** – Quaisquer atendimentos em casos de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.

**13.11** – Igualmente não haverá cobertura para as despesas ou custos decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** à consulta por ele marcada.

**14**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**

##### **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

**14.1** – A **CONTRATADA** disponibilizará rede credenciada do produto escolhido pela **CONTRATANTE** e um cartão de identificação por **BENEFICIÁRIO**, que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado de documento de identificação com foto.

**14.1.1** – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

**14.2** – O **BENEFICIÁRIO** será atendido por dentistas credenciados pela **CONTRATADA**, relacionados na rede credenciada do produto, em conformidade com o plano contratado, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO** e de acordo com o dentista.

**14.3** – A qualquer momento, o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.

**14.4** – Os ônus decorrentes da ausência do **BENEFICIÁRIO** a qualquer consulta será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista o direito de cobrar pela ausência diretamente ao **BENEFICIÁRIO**.

**14.5** – A **CONTRATADA** poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através do teleatendimento ou pelo site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br).

**15****CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA****DO REEMBOLSO DE DESPESAS**

**15.1** – A **CONTRATADA** reembolsará as despesas com o atendimento dos procedimentos odontológicos vinculados à cobertura contratada por cada **BENEFICIÁRIO**, desde que ocorrido em território nacional, após sua avaliação e comprovação, conforme a Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental PF, parte integrante deste instrumento jurídico.

**15.1.1** – Será utilizada como base de cálculo a quantidade estabelecida na Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental PF multiplicada pelo correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO), esta no valor de R\$ 5,80.

**15.1.2** – Tabela de Reembolso Amil Dental – Produto Dental 200 DOC. R:

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>85100242</b>	Adequação do meio bucal	2,73
<b>85400017</b>	Ajuste oclusal por acréscimo	2,70
<b>85400025</b>	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	2,70
<b>82000034</b>	Alveoloplastia	3,10
<b>82000050</b>	Amputação radicular com obturação retrógrada	6,00
<b>82000069</b>	Amputação radicular sem obturação retrógrada	6,00
<b>82000077</b>	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	22,32
<b>82000085</b>	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	18,60

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>82000158</b>	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	33,80
<b>82000166</b>	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	25,40
<b>82000174</b>	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	16,74
<b>82000182</b>	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada	13,58
<b>84000031</b>	Aplicação de cariostático	0,10
<b>84000058</b>	Aplicação de selante – técnica invasiva	8,70
<b>84000074</b>	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras	2,09
<b>84000090</b>	Aplicação tópica de flúor	2,68
<b>84000112</b>	Aplicação tópica de verniz fluoretado	2,68
<b>82000190</b>	Aprofundamento/aumento de vestibulo	8,93
<b>86000144</b>	Arco lingual	5,00
<b>87000016</b>	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	1,90
<b>84000139</b>	Atividade educativa em saúde bucal	1,90
<b>87000024</b>	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	1,90
<b>82000212</b>	Aumento de coroa clínica	7,90
<b>00013186</b>	Avaliação da condição de saúde	2,42
<b>00014160</b>	Avaliação periodontal e controle	3,00
<b>86000152</b>	Barra transpalatina fixa (instalação na rede credenciada)	5,00
<b>82000239</b>	Biópsia de boca	4,91
<b>82000247</b>	Biópsia de glândula salivar	4,91
<b>82000255</b>	Biópsia de lábio	4,91
<b>82000263</b>	Biópsia de língua	4,91
<b>82000271</b>	Biópsia de mandíbula	4,91
<b>82000280</b>	Biópsia de maxila	4,91
<b>86000195</b>	Botão de nance (instalação na rede credenciada)	5,00
<b>82000298</b>	Bridectomia	12,27
<b>82000301</b>	Bridotomia	12,27

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>85100013</b>	Capeamento pulpar direto	1,30
<b>82000336</b>	Cirurgia odontológica a retalho	3,50
<b>82000344</b>	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	3,75
<b>82000352</b>	Cirurgia para exostose maxilar	8,93
<b>82000360</b>	Cirurgia para torus mandibular bilateral	13,40
<b>82000387</b>	Cirurgia para torus mandibular unilateral	8,93
<b>82000395</b>	Cirurgia para torus palatino	8,93
<b>82000417</b>	Cirurgia periodontal a retalho	10,50
<b>00014077</b>	Cirurgia periodontal por elemento	4,50
<b>85200018</b>	Clareamento de dente desvitalizado	12,56
<b>85100048</b>	Colagem de fragmentos dentários	7,76
<b>82000441</b>	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial	4,91
<b>81000014</b>	Condicionamento em odontologia	1,00
<b>87000032</b>	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	1,00
<b>85400041</b>	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	4,56
<b>85400068</b>	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	12,00
<b>00011413</b>	Consulta em ambiente hospitalar ou home care	13,79
<b>81000030</b>	Consulta odontológica	2,42
<b>00011318</b>	Consulta odontológica de urgência 24 horas – simples	2,07
<b>81000049</b>	Consulta odontológica de urgência	2,14
<b>81000057</b>	Consulta odontológica de urgência 24 horas	8,62
<b>00011200</b>	Consulta odontológica de urgência em horário comercial	2,07
<b>81000090</b>	Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro	2,00
<b>86000209</b>	Contenção fixa – por arcada	5,00
<b>84000163</b>	Controle de biofilme (placa bacteriana)	7,23
<b>82000468</b>	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial	1,07

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>82000484</b>	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial	1,07
<b>85400572</b>	Coroa 3/4	19,38
<b>83000020</b>	Coroa de acetato em dente decíduo	10,48
<b>83000046</b>	Coroa de aço em dente decíduo	10,48
<b>83000062</b>	Coroa de polycarbonato em dente decíduo	10,48
<b>85400076</b>	Coroa provisória com pino	12,00
<b>85400084</b>	Coroa provisória sem pino	12,00
<b>85400092</b>	Coroa total acrílica prensada	16,40
<b>85400114</b>	Coroa total de cerômero (dentes anteriores)	41,00
<b>85400149</b>	Coroa total metálica	28,50
<b>82000557</b>	Cunha proximal	7,81
<b>00014350</b>	Curetagem de bolsa periodontal	3,28
<b>85300012</b>	Dessensibilização dentária	0,91
<b>00013101</b>	Determinação do CPOS ampliado	3,00
<b>81000111</b>	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial	4,14
<b>81000138</b>	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial	4,14
<b>81000154</b>	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial	4,14
<b>81000170</b>	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial	4,14
<b>81000197</b>	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	2,00
<b>81000200</b>	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	2,00
<b>81000219</b>	Diagnóstico e tratamento de halitose	2,00
<b>81000235</b>	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	2,00
<b>81000243</b>	Diagnóstico por meio de enceramento	0,10
<b>00012103</b>	Documentação ortodôntica básica	13,82
<b>82000646</b>	Enxerto conjuntivo subepitelial	11,08
<b>82000662</b>	Enxerto gengival livre	11,08
<b>82000689</b>	Enxerto pediculado	7,81

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>82000700</b>	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	1,00
<b>87000148</b>	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	1,00
<b>00013162</b>	Evidenciação de placa	0,50
<b>82000778</b>	Exérese ou excisão de cálculo salivar	4,71
<b>82000786</b>	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	14,88
<b>82000794</b>	Exérese ou excisão de mucocele	8,00
<b>82000808</b>	Exérese ou excisão de rânula	14,88
<b>82000816</b>	Exodontia a retalho	4,80
<b>82001740</b>	Exodontia de inclusos/impactados/supranumerários	10,00
<b>82000832</b>	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	4,32
<b>82000859</b>	Exodontia de raiz residual	3,93
<b>82001294</b>	Exodontia de semi-inclusos/impactados	10,00
<b>82001731</b>	Exodontia de semi-inclusos/impactados/supranumerários	10,00
<b>83000089</b>	Exodontia simples de decíduo	2,50
<b>82000875</b>	Exodontia simples de permanente	4,32
<b>85100064</b>	Faceta direta em resina fotopolimerizável (dentes anteriores)	6,83
<b>82000883</b>	Frenulectomia labial	8,93
<b>82000891</b>	Frenulectomia lingual	8,93
<b>82000905</b>	Frenulotomia labial	8,93
<b>82000913</b>	Frenulotomia lingual	8,93
<b>82000921</b>	Gengivectomia	9,09
<b>00014397</b>	Gengivectomia por elemento	1,70
<b>82000948</b>	Gengivoplastia	9,09
<b>86000314</b>	Grade palatina fixa	5,00
<b>86000322</b>	Grade palatina removível	5,00
<b>85000787</b>	Imobilização dentária em dentes decíduos	0,10
<b>85300020</b>	Imobilização dentária em dentes permanentes	5,40

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>82001022</b>	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial	9,67
<b>82001030</b>	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial	9,67
<b>00081728</b>	Instalação de aparelho – rede credenciada	2,42
<b>81000294</b>	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)	8,50
<b>83000097</b>	Mantenedor de espaço fixo	18,44
<b>83000100</b>	Mantenedor de espaço removível	13,28
<b>00017011</b>	Mumificação pulpar	4,09
<b>00041227</b>	Núcleo de fibra de vidro ou fibra de carbono mais preenchimento	9,76
<b>85400211</b>	Núcleo de preenchimento	2,00
<b>85400220</b>	Núcleo metálico fundido	14,00
<b>82001073</b>	Odontossecação	7,00
<b>00014373</b>	Periodontia módulo 2**	2,77
<b>00014385</b>	Periodontia módulo 3***	4,87
<b>00042402</b>	Placa de contenção	5,00
<b>86000462</b>	Placa de hawley	5,00
<b>86000470</b>	Placa de hawley – com torno expansor	5,00
<b>86000535</b>	Placa lábio-ativa	5,00
<b>85400270</b>	Placa oclusal resiliente (instalação na rede credenciada)	14,04
<b>00014361</b>	Prevenção módulo 1*	6,13
<b>84000198</b>	Profilaxia: polimento coronário	1,90
<b>85200042</b>	Pulpotomia	6,70
<b>83000127</b>	Pulpotomia em dente decíduo	6,70
<b>82001103</b>	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial	4,00
<b>82001120</b>	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial	4,00
<b>86000560</b>	Quadri-hélice	5,00
<b>81000324</b>	Radiografia anteroposterior	3,54
<b>81000340</b>	Radiografia da ATM	7,89

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>81000367</b>	Radiografia de mão e punho – carpal	3,66
<b>81000375</b>	Radiografia interproximal – bite-wing	0,65
<b>00012164</b>	Radiografia interproximal – bite-wing em clínica radiológica	1,00
<b>81000561</b>	Radiografia lateral corpo da mandíbula	0,97
<b>81000383</b>	Radiografia oclusal	1,80
<b>00012176</b>	Radiografia oclusal em clínica radiológica	1,80
<b>81000405</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/ maxila (ortopantomografia)	4,00
<b>81000413</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/ maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	4,00
<b>81000421</b>	Radiografia periapical	0,65
<b>00012152</b>	Radiografia periapical em clínica radiológica	1,00
<b>81000430</b>	Radiografia posteroanterior	3,54
<b>85300039</b>	Raspagem subgengival/alisamento radicular	4,20
<b>85300047</b>	Raspagem supragengival	1,00
<b>82001154</b>	Reconstrução de sulco gengivolabial	12,06
<b>82001170</b>	Redução cruenta de fratura alveolodentária	6,94
<b>82001189</b>	Redução incruenta de fratura alveolodentária	3,85
<b>82001197</b>	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)	3,00
<b>85400483</b>	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório)	9,32
<b>82001251</b>	Reimplante dentário com contenção	16,00
<b>84000201</b>	Remineralização	2,56
<b>00042603</b>	Remoção de aparelho fixo (profilaxia inclusa)	1,73
<b>85200050</b>	Remoção de corpo estranho intracanal	4,42
<b>82001286</b>	Remoção de dentes inclusos/impactados	13,58
<b>82001308</b>	Remoção de dreno extraoral	2,14
<b>82001316</b>	Remoção de dreno intraoral	2,14
<b>85200077</b>	Remoção de núcleo intrarradicular	4,42
<b>82001367</b>	Remoção de odontoma	13,76
<b>85300055</b>	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)	1,58
<b>00015194</b>	Reparo em restauração	1,50

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>83000135</b>	Restauração atraumática em dente decíduo	2,90
<b>85100080</b>	Restauração atraumática em dente permanente	2,90
<b>85100099</b>	Restauração de amálgama – 1 face	2,50
<b>85100102</b>	Restauração de amálgama – 2 faces	3,25
<b>85100110</b>	Restauração de amálgama – 3 faces	3,90
<b>85100129</b>	Restauração de amálgama – 4 faces	4,50
<b>00015240</b>	Restauração de ângulo	5,18
<b>00015264</b>	Restauração de superfície radicular	11,32
<b>85100137</b>	Restauração de ionômero de vidro – 1 face	2,90
<b>85100145</b>	Restauração de ionômero de vidro – 2 faces	2,90
<b>85100153</b>	Restauração de ionômero de vidro – 3 faces	2,90
<b>85100161</b>	Restauração de ionômero de vidro – 4 faces	2,90
<b>85100196</b>	Restauração de resina fotopolimerizável – 1 face	3,53
<b>85100200</b>	Restauração de resina fotopolimerizável – 2 faces	3,99
<b>85100218</b>	Restauração de resina fotopolimerizável – 3 faces	5,18
<b>85100226</b>	Restauração de resina fotopolimerizável – 4 faces	5,18
<b>85400556</b>	Restauração metálica fundida	28,50
<b>85200085</b>	Restauração temporária/tratamento expectante	2,90
<b>82001391</b>	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial	13,56
<b>82001413</b>	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial	2,14
<b>85200093</b>	Retratamento endodôntico birradicular	18,33
<b>85200107</b>	Retratamento endodôntico multirradicular	27,69
<b>85200115</b>	Retratamento endodôntico unirradicular	13,95
<b>82001464</b>	Sepultamento radicular	4,00
<b>82001499</b>	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial	2,14
<b>81000480</b>	Telerradiografia com traçado cefalométrico	5,77

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA 118A – WEB**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>81000472</b>	Telerradiografia	4,35
<b>84000228</b>	Teste de capacidade tampão da saliva	0,50
<b>84000236</b>	Teste de contagem microbiológica	8,00
<b>84000244</b>	Teste de fluxo salivar	0,50
<b>84000252</b>	Teste de ph salivar	0,50
<b>82001502</b>	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	18,00
<b>82001545</b>	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região bucomaxilofacial	12,27
<b>82001510</b>	Tratamento cirúrgico das fístulas buconasais	10,61
<b>82001529</b>	Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais	10,61
<b>82001553</b>	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial	9,09
<b>82001588</b>	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial	13,60
<b>82001596</b>	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial	13,60
<b>82001618</b>	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial	8,00
<b>82001634</b>	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	13,58
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – ATM	3,00
<b>85300063</b>	Tratamento de abscesso periodontal agudo	1,00
<b>82001650</b>	Tratamento de alveolite	2,14
<b>85100234</b>	Tratamento de fluorose – microabrasão	2,68
<b>85300071</b>	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA	1,00
<b>85200123</b>	Tratamento de perfuração endodôntica	8,93
<b>85300080</b>	Tratamento de pericoronarite	2,14
<b>85200140</b>	Tratamento endodôntico birradicular	16,18
<b>85200131</b>	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	2,77
<b>83000151</b>	Tratamento endodôntico em dente decíduo	7,80

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>USO</b>
<b>85200158</b>	Tratamento endodôntico multirradicular	24,36
<b>85200166</b>	Tratamento endodôntico unirradicular	9,86
<b>82001685</b>	Tunelização	4,50
<b>82001707</b>	Ulectomia	3,72
<b>82001715</b>	Ulotomia	3,72
<b>00017165</b>	Utilização de microscópio em endodontia	8,63

USO = Unidade de Serviço Odontológico

\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*O procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

\*\*\*O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor.

**15.2** – Os reembolsos serão efetuados de acordo com as normas administrativas da **CONTRATADA**, mediante a apresentação de documentos (recibos) e laudos odontológicos, indispensáveis em seus originais, conforme definido a seguir, visando sempre a cálculos corretos para o cumprimento deste contrato e em conformidade com o plano contratado:

- recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta;
- nome do **BENEFICIÁRIO** atendido;
- nome do titular ou responsável pelo contrato;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- assinatura e carimbo do responsável pela realização do atendimento (dentista);
- CPF/CNPJ e CRO do dentista ou da clínica;

- data da realização do evento;
- radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se for necessária a avaliação técnica do procedimento realizado).

**15.3** – Dados necessários do cliente: CPF do titular do plano, conta bancária, nome e número do banco, nome e número da agência bancária.

**15.4** – Os documentos (recibos e laudos) deverão ser entregues ou enviados à **CONTRATADA**, no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data em que ocorrer o evento odontológico.

**15.5** – O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em um prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da data de entrega da documentação completa na central de reembolso da **CONTRATADA**.

**15.6** – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar do **BENEFICIÁRIO** a documentação, informações complementares ou auditoria sobre o procedimento a ser reembolsado, no prazo de até 10 (dez) dias úteis após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de até 15 (quinze) dias úteis a partir do cumprimento das solicitações.

**15.7** – Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como titular do plano, sendo indispensável a apresentação do seu CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

### **VIGÊNCIA DO CONTRATO**

**16.1** – O período de vigência do contrato será de 12 meses, contados a partir da data de confirmação do pagamento referente a mensalidade inicial, em conformidade ao disposto na Instrução Normativa 23, Anexo I, tema V – Duração do Contrato, A, item 2 publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e sua renovação será automática, vigorando por prazo indeterminado.

**16.1.1** – Caso não haja concordância com a renovação automática, o **CONTRATANTE** deverá notificar previamente a **CONTRATADA**, manifestando o seu não interesse pela manutenção do contrato.

**16.2** – No ato da renovação do contrato será facultado ao **BENEFICIÁRIO** alterar a forma de pagamento das futuras mensalidades para a modalidade boleto mensal, porém, neste caso, não será concedido o desconto referente à anuidade. As parcelas serão cobradas de acordo com o valor original do plano, observando-se ainda a cláusula Reajuste.

**16.3** – A data prevista para o início da vigência do contrato poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais.

**16.4** – A data do vencimento das parcelas mensais será a da adesão à proposta contratual.

17

## **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA**

### **CARÊNCIAS**

**17.1** – Carência é o período ininterrupto durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato.

**17.2** – Os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão os seguintes prazos de carência, contados do início de sua inclusão no plano, sempre em conformidade com as condições contratadas:

**17.2.1** – Para as contratações cuja opção inicial de pagamento tenha sido mediante boleto bancário:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência.
- b) 180 (cento e oitenta) dias para cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporo-mandibular, endodontia, odontologia preventiva, ortodontia, periodontia, prótese, radiologia.

**17.2.2** – Para as contratações cuja opção inicial de pagamento tenha sido mediante cartão de crédito:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência.
- b) 24 (vinte e quatro) horas para cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporo-mandibular, endodontia, odontologia preventiva, ortodontia, periodontia, prótese, radiologia.

### FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

**18.1** – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

#### Pagamento da contraprestação pecuniária

**18.2** – A contraprestação pecuniária (mensalidade) que o **BENEFICIÁRIO** titular pagará à **CONTRATADA**, decorrente deste contrato, será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS** dependentes inscritos no presente contrato, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado no documento da respectiva confirmação de cadastro, respeitadas as faixas etárias dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos, bem como, forma de pagamento.

**18.3** – Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba o seu boleto bancário ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA** ou retirá-lo diretamente através do site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br).

**18.4** – O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o pagamento no prazo de vencimento mensal.

**18.5** – Os pagamentos deverão ser feitos mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de vencimento constante do documento de confirmação de cadastro ou do boleto bancário referente à primeira mensalidade ou ainda no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

**18.6** – O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

**18.7** – O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

**18.8** – Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da sua atualização monetária, incidindo sobre o débito em atraso.

**18.9** – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

**18.10** – Independentemente da utilização dos serviços prestados, é obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido e conforme o previsto no documento de confirmação de cadastro.

**18.11** – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**.

19

## **CLÁUSULA DÉCIMA NONA**

### **REAJUSTE**

**19.1** – Reajuste anual

O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões terão reajuste financeiro, anualmente, de acordo com a variação do IPCA (índice de preços ao consumidor ampliado) apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando-se por base a variação ocorrida no mês anterior à contratação e o mês anterior ao aniversário do contrato, de forma que as partes tenham o conhecimento da variação ocorrida, aprovada e divulgada pela mídia em geral sendo vedada a aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano.

**19.2** – As parcelas mensais serão corrigidas de acordo com a cláusula REAJUSTE, na periodicidade autorizada pela legislação vigente à época do reajuste ou determinada pelo órgão governamental competente.

### CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**20.1** – A exclusão de **BENEFICIÁRIOS** dependentes somente será realizada mediante pedido por escrito do **BENEFICIÁRIO titular**, na data do vencimento da contraprestação pecuniária, respeitando o disposto na cláusula vigésima.

**20.2** – O **BENEFICIÁRIO titular** obriga-se à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s), assegurando-se à **CONTRATADA** o direito de cobrar todos os valores correspondentes ao eventual uso indevido desse documento.

**20.3** – No caso de exclusão do **BENEFICIÁRIO titular**, inclusive por morte, será mantida a assistência aos dependentes já inscritos, nas mesmas condições contratuais, sendo apontado pelos dependentes o novo responsável pelo pagamento das contraprestações pecuniárias.

**20.3.1** – Esse direito à manutenção não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

**20.4** – Além das hipóteses anteriores, os **BENEFICIÁRIOS titulares e/ou dependentes** perderão sua condição nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, mediante procedimento administrativo específico.
- b) Prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE** com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.
- c) Perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** dependente.

**20.5** – As exclusões cadastrais implicarão a perda imediata do direito às coberturas contratadas.

## RESCISÃO

**21.1** – A **CONTRATADA** terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

**21.1.1** – O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput encontra-se condicionado à inequívoca notificação do devedor até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

**21.2** – Fica garantido à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

**21.3** – Considerando que se aplicam subsidiariamente a estes contratos as disposições do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, entre as quais a boa-fé, a omissão de informações ou o fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE** para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes ou terceiros, são reconhecidos como violação ao contrato, permitindo à **CONTRATADA** buscar a rescisão do contrato por fraude, bem como indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

**21.4** – Em caso de rescisão do contrato ou eventual exclusão de **BENEFICIÁRIO(S)**, que não seja por motivo de morte, antes de 12 meses de vigência inicial, incidirá à **CONTRATANTE** o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para completar o período, relativo ao número de **BENEFICIÁRIOS** excluídos, independentemente da utilização. O pedido de cancelamento deverá ocorrer mediante aviso prévio à **CONTRATADA**, através de formalização por escrito, de acordo com as normas administrativas da **CONTRATADA**.

**21.4.1** – No caso de cancelamento do contrato, o valor proporcional de que trata o item 21.4 será o resultado da seguinte equação: valor anual do contrato dividido por 12 (doze) e multiplicado pela quantidade de meses remanescentes para completar o período de 12 (doze) meses de vigência e, multiplicado, ainda, pelo percentual estabelecido no referido item.

**21.4.1.1** – No caso de exclusão de **BENEFICIÁRIO(S)**, o valor proporcional de que trata o item 21.4 será o resultado da seguinte equação: valor anual do plano relativo ao(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s), dividido por 12 (doze) e multiplicado pela quantidade de meses remanescentes para completar o período de 12 (doze) meses de vigência e, multiplicado, ainda, pelo percentual estabelecido no item 21.4.

**21.4.2** – Observado o disposto nos itens anteriores, a **AMIL** efetuará o acerto a débito ou a crédito, sendo que:

- a) Se a opção inicial foi pelo pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do contrato, a **AMIL** providenciará o cancelamento destas parcelas futuras junto à administradora do cartão e encaminhará para esta última o valor relativo à respectiva multa, a qual deverá ser paga em uma única parcela pelo **BENEFICIÁRIO**.
- b) Se a opção inicial foi pelo pagamento à vista ou ainda que parcelado o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário, a **AMIL** providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente que será calculado na forma do item 21.4 e subitens seguintes deste contrato, conforme o caso, em conta-corrente do **BENEFICIÁRIO**, deduzindo o valor da respectiva multa.

**21.5** – Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, o presente contrato também será rescindido de pleno direito, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caiba direito a qualquer indenização, na hipótese de fraude ou dolo comprovados.

**21.6** – Após o primeiro ano de vigência, a **CONTRATANTE** poderá, a qualquer tempo, extinguir o presente contrato, mediante aviso prévio à **CONTRATADA**, através de formalização em seus canais de atendimento via central telefônica ou site oficial.

### DISPOSIÇÕES GERAIS

**22.1** – O direito ao credenciamento e descredenciamento, de qualquer prestador de serviço, é de competência exclusiva da **CONTRATADA**, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do atendimento para os seus **BENEFICIÁRIOS**. Em caso de descredenciamento, a **CONTRATADA** providenciará uma alternativa para a continuidade do tratamento.

**22.2** – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente contrato, incluindo o sentido da terminologia utilizada nele, serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

**22.3** – Se não houver acordo quanto à escolha do dentista desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das entidades odontológicas sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**.

**22.4** – Cada uma das partes pagará os honorários do dentista que designar. E os do terceiro dentista serão pagos pelo responsável deste contrato e pela **CONTRATADA**, em partes iguais.

**22.5** – Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou qualquer **BENEFICIÁRIO** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, de seus aditivos ou de comunicação posterior por escrito.

**22.6** – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como a proposta contratual, a rede credenciada da **CONTRATADA** definida pelo tipo de plano contratado, os recibos de pagamento e o Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**22.6.1** – O Rol de Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br).

**22.7** – Será de responsabilidade da **CONTRATADA** entregar ao **BENEFICIÁRIO** titular, previamente à adesão ao presente contrato, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que será disponibilizado através de mídia digital.

**22.8** – Será de responsabilidade da **CONTRATADA** o envio ao **BENEFICIÁRIO** titular do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

**22.9** – A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

**22.10** – A tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

23

### CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA

#### DO FORO

**23.1** – Ambas as partes elegem o Foro da capital deste estado para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.





