

## Bem-vindo ao Plano Odontológico Riachuelo!

Sorria! Assim como mais de 4 milhões de brasileiros, você agora poderá contar com os melhores serviços odontológicos do país. Este Plano, resultado de uma parceria entre as **Lojas Riachuelo** e a **OdontoPrev** - a maior operadora de planos odontológicos da América Latina - permitirá a você e aos seus dependentes incluídos no plano, a realização de tratamentos odontológicos de qualidade, em uma ampla rede de dentistas credenciados em todos os estados do Brasil.

Seja muito bem-vindo e aproveite todos os benefícios que só a OdontoPrev é capaz de oferecer.

### O que você encontrará no seu Manual Odontológico Riachuelo:

Canais de Acesso	pág. 01
Informações Importantes	pág. 02
Adesão	pág. 02
Casos de Urgência	pág. 03
Rede Credenciada	pág. 03
Portal OdontoPrev	pág. 03
Como Marcar Consultas	pág. 04
Atendimento	pág. 04
Mensalidades	pág. 04
Cancelamento	pág. 04
Carência	pág. 04
Especialidades	pág. 05
Serviços, Tabelas e Coparticipação de Eventos do Plano Silver	pág. 06
Serviços, Tabelas e Coparticipação de Eventos do Plano Gold	pág. 12
Serviços não Cobertos	pág. 18
Benefícios Adicionais	pág. 18
Tabela de Eventos não Cobertos	pág. 19
Orientações de Saúde Bucal	pág. 22
Modelo de Carteirinha	pág. 22

## Canais de acesso

Para os seguintes assuntos, relacionados somente ao **Plano Odontológico Riachuelo**, ligue para **0800 726 6900**. Atendimento ao deficiente auditivo e de fala: **0800 722 2191**.

- Rede Credenciada
- Orientação de Marcação de Consultas
- Carência
- Eventos Cobertos
- Eventos Não Cobertos
- Benefícios Adicionais
- Coparticipação
- Especialidades

**Para os assuntos citados abaixo, relativos ao Plano Odontológico Riachuelo e ao cartão de crédito Riachuelo, ligue para 0800 701 4342. SAC Deficiente Auditivo: 0800 722 0626.**

- Adesão
- Cancelamento
- Pagamento da Fatura
- Despesas na Fatura
- Alterações Cadastrais
- Limite de Crédito
- Adicionais
- Desbloqueio do Cartão
- Bloqueio do Cartão por Perda e/ou Roubo
- Sorteio do Título de Capitalização

## Confira algumas informações importantes sobre o seu Plano

1. O início da vigência está na cláusula 14.1 do contrato que se encontra neste manual.
2. Há carência para utilização do plano, exceto Emergência / Urgência e Consulta. O início da carência será a partir da adesão. Verifique a carência de acordo com o Plano Odontológico contratado, conforme descrito nas páginas 6 e 12.
3. Existem três tipos de tratamentos:
  - 3.1 Tratamentos cobertos, sem nenhuma coparticipação, ou seja, você não paga mais nada além da parcela mensal do plano. Consulte os tratamentos cobertos sem coparticipação na tabela incluída neste manual.
  - 3.2 Tratamentos com coparticipação, ou seja, você paga uma parte desses tratamentos direto ao dentista credenciado. Consulte os tratamentos cobertos com coparticipação e seus valores médios na tabela incluída neste manual.
  - 3.3 Tratamentos não cobertos, o plano não tem cobertura, porém há descontos especiais para os beneficiário do Plano Odontológico Riachuelo, ou seja, você paga direto ao dentista credenciado. Consulte os tratamentos não cobertos e seus valores médios na tabela incluída neste manual.
4. Antes de marcar sua consulta, ligue para a Central de Atendimento – 0800 726 6900 ou acesse o site [www.odontoprev.com.br/redecredenciada](http://www.odontoprev.com.br/redecredenciada) e confirme se o dentista de sua escolha é credenciado à **OdontoPrev**.
5. Fica ajustado que enquanto mantida a contratação do Plano Odontológico pelo canal de distribuição “Lojas Riachuelo”, no tocante às condições do contrato referentes ao “PREÇO DA MENSALIDADE E DA FORMA DE PAGAMENTO” e “DA RESCISÃO DO CONTRATO”, prevalecem sobre elas as condições registradas no Contrato e ora anuídas, ficando sem efeito a “Taxa de implantação” na Cláusulas 12.2., e as Cláusulas 12.5. e 15.1 do Contrato. A forma de pagamento e encargos devidos em caso de atraso, falta ou pagamento parcial da fatura, obedecerão as regras descritas no Contrato do Cartão de Crédito Riachuelo.

## Adesão

Você acaba de receber o **Manual do Beneficiário do Plano Odontológico Riachuelo** com todas as informações sobre seu plano escolhido e como você terá acesso a uma ampla Rede Credenciada com cirurgiões-dentistas altamente qualificados e prontos para atendê-lo. Garantia do melhor atendimento odontológico em todo o Brasil. A seguir explicaremos como você pode usar seu **Plano Odontológico Riachuelo**.

## Casos de Urgência

Para casos de urgências diurnas e noturnas, 24 horas após a assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do presente Contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, todos os consultórios dentários e pronto-socorros da Rede Credenciada estarão disponíveis para atendimento imediato.

**Para seu conforto, acesse o portal [www.odontoprev.com.br/redecredenciada](http://www.odontoprev.com.br/redecredenciada) e localize o cirurgião-dentista mais próximo ou ligue para o Disque OdontoPrev / Riachuelo - 0800 726 6900 para obter uma indicação. Atendimento ao deficiente auditivo e de fala, ligue 0800 722 2191.**

## Rede Credenciada

Líder no segmento de Assistência Odontológica, a **OdontoPrev** possui uma Rede Credenciada especial para atender você, beneficiário do Plano Odontológico Riachuelo. Cirurgiões-dentistas especializados em todas as áreas da Odontologia estão distribuídos por todos os estados brasileiros.

**Para conhecer melhor os cirurgiões dentistas credenciados, acesse o portal [www.odontoprev.com.br/redecredenciada](http://www.odontoprev.com.br/redecredenciada), para obter a indicação mais próxima de sua localidade ou entre em contato com o Disque OdontoPrev / Riachuelo - 0800 726 6900. Atendimento ao deficiente auditivo e de fala, ligue 0800 722 2191.**

## Conheça o Portal OdontoPrev

Em nosso portal [www.odontoprev.com.br](http://www.odontoprev.com.br) você terá acesso a toda a Rede Credenciada. **O número da proposta ao qual você recebeu no momento da sua adesão é o número de atendimento em nossa Rede Credenciada**, sendo assim, este número também lhe dará acesso como beneficiário às funcionalidades do Portal **OdontoPrev**.

## No seu primeiro acesso ao portal

Após acessar o portal, selecione a opção beneficiários, clique no campo MEU PRIMEIRO ACESSO e siga os passos para se cadastrar e ter acesso a todas as informações.

## Após seu cadastramento no portal

Ao se cadastrar no portal, guarde o LOGIN e SENHA disponibilizados no passo-a-passo. Estes dados serão utilizados nos próximos acessos.

## Como marcar consultas

Lembre-se que todos os atendimentos são realizados com hora marcada. Após obter a indicação do dentista mais adequado às suas necessidades, pelo nosso portal [www.odontoprev.com.br/redecredenciada](http://www.odontoprev.com.br/redecredenciada) ou pelo **Disque OdontoPrev / Riachuelo - 0800 726 6900**, você deverá marcar diretamente com o dentista, dia e horário de atendimento.

**Atenção:** O cancelamento das consultas tem que ser feito, pelo menos, com 24 horas de antecedência. Caso contrário, você terá que pagar o valor da consulta vigente diretamente ao profissional.

Para encontrar o cirurgião-dentista mais adequado às suas necessidades, acesse o portal [www.odontoprev.com.br/redecredenciada](http://www.odontoprev.com.br/redecredenciada) ou ligue para **Disque OdontoPrev / Riachuelo- 0800 726 6900**. Atendimento ao deficiente auditivo e de fala, ligue 0800 722 2191.

## Eficiência e qualidade de atendimento

Estes são alguns dos diferenciais que o **Plano Odontológico Riachuelo** oferece para você. Atendimento simples, rápido e sem aprovação inicial. Basta apresentar sua carteirinha acompanhada do documento original de identificação (RG).

## Mantenha sempre o pagamento das mensalidades em dia

Pague em dia suas mensalidades e continue aproveitando todos os benefícios do seu **Plano Odontológico Riachuelo**.

Atenção: o não pagamento das mensalidades acarretará na sua exclusão. Fique em dia com suas mensalidades, conforme previsto no contrato.

## Solicitação de cancelamento do plano

Consulte as possibilidades de cancelamento do plano na Cláusula Décima Quinta do seu Contrato de Plano Odontológico.

## Carência

Há carência para utilização do plano, exceto Emergência / Urgência e Consulta. O início da carência será a partir da adesão. Verifique o período de carência de acordo com o **Plano Odontológico Riachuelo** contratado.

## Especialidades da Odontologia

A Odontologia abrange várias especialidades. Conheça aqui algumas delas para que você possa entender mais sobre os termos técnicos e procurar o cirurgião dentista indicado para seu caso.

**Clínica Geral:** Identificação e diagnóstico de problemas bucais, problemas odontológicos básicos e encaminhamento do paciente para tratamentos específicos com um especialista.

**Cirurgia:** É a especialidade relacionada ao tratamento cirúrgico da cavidade bucal, realizada em consultório odontológico.

**Dentística:** Englobam as restaurações. Trata-se da reconstrução do dente. Utilizando-se materiais como resina e amálgama. A resina é da cor do dente e a amálgama é da cor de prata.

**Endodontia:** Tratamento de canais e lesões provocadas por infecções no nervo do dente.

**Odontopediatria:** Atendimento a crianças e adolescentes, utilizando técnicas de prevenção para evitar o aparecimento de cáries e para a correção dos dentes.

**Prevenção:** Aplicação de flúor e selante, remoção da placa bacteriana e limpeza dos dentes.

**Periodontia:** Tratamento das estruturas de suporte (ossos) e proteção (gengiva e mucosa) dos dentes.

**Ortodontia:** Instalação de aparelhos fixos e removíveis para correção dos dentes.

**Radiologia:** Exames radiológicos empregados para diagnóstico e orientação dos tratamentos de cáries e canais, no planejamento de cirurgias, tratamentos ortodônticos, protéticos, entre outros.

**Prótese:** Restaurações extensas e substituição de um ou mais dentes por meio de serviços envolvendo um protético, como coroas, próteses (fixas/móveis) e dentaduras.

**Implantodontia:** Substituição de um ou mais dentes através de implantação cirúrgica de pinos nos maxilares e posterior colocação de próteses sobre eles.

## Serviços cobertos

Plano Odontológico Riachuelo - Registrado na ANS como Plano Integral CP IFRD, sob o nº 459.467/09-3

## Plano Odontológico Riachuelo - PLANO SILVER

### Sem carência (1)

- atendimento de emergência/urgência
- aparelho ortodôntico (2)
- consultas

### Carência de 60 dias (3)

- limpeza (5)
- odontopediatria (atendimento a criança) (5)
- dentística (restaurações) (5)
- prevenção (5)
- endodontia (canal) (5)
- radiologia (raio-X) (5)
- periodontia (5)
- cirurgias (oral menor – realizada em consultório) (5)

### Carência de 180 dias (4)

- prótese – cobertura RN 211 - ANS (5)

- (1) A partir da adesão ao presente Contrato, você já terá acesso ao atendimento na Rede Credenciada **OdontoPrev** conforme condições contratuais do plano contratado.
- (2) Você só paga o custo da consulta de ortodontia, manutenção e da documentação ortodôntica.
- (3) Procedimentos cobertos com carência de 60 (sessenta) dias a contar da data de adesão.
- (4) Procedimentos cobertos com carência de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data de adesão.
- (5) Procedimentos com coparticipação de **40% (quarenta por cento)**. Consulte a tabela de valores médios que se encontra neste manual.

## O que é Coparticipação

É a parte do valor que o beneficiário deverá pagar diretamente ao dentista pelo tratamento coberto pelo plano contratado e realizado na rede credenciada.

**Observação:** esta coparticipação é de acordo com a escolha do Plano contratado pelo CONTRATANTE, ele e seus dependentes legais inscritos, terão a cobertura do plano escolhido na Proposta de Adesão.

## TABELA DE EVENTOS COBERTOS COM E SEM COPARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO PLANO SILVER

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	VALOR * coparticipação 40%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
00.001	Consulta	R\$ 0,00
00.005	Exame Histopatológico	R\$ 0,00
<b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b>		
01.001	Exodontia de Emergência	R\$ 0,00
01.002	Pericoronarite	R\$ 0,00
01.003	Lesão de Tecido Mole	R\$ 0,00
01.004	Colagem de Fragmentos	R\$ 0,00
01.005	Curativo e/ou Sutura em Caso de Hemorragia Bucal / Labial	R\$ 0,00
01.006	Curativo em Caso de Odontalgia Aguda / Pulpectomia / Necrose	R\$ 0,00
01.007	Imobilização Dental Temporária	R\$ 0,00
01.008	Recimentação de Trabalho Protético	R\$ 0,00
01.009	Tratamento de Alveolite	R\$ 0,00
01.010	Incisão e Drenagem de Abscesso Extra Oral	R\$ 0,00
01.011	Incisão e Drenagem de Abscesso Intra Oral	R\$ 0,00
01.012	Reimplante de Dente Avulsionado	R\$ 0,00
01.013	Curativo Provisório	R\$ 0,00
01.014	Coroa Provisória Direta em Resina Autopolimerizável - dente anterior	R\$ 0,00
01.015	Emergência Inespecífica	R\$ 0,00
01.018	Restauração Estética	R\$ 0,00
01.020	Redução de Luxação de ATM	R\$ 0,00
<b>DENTÍSTICA</b>		
03.001	Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	R\$ 6,88
03.002	Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	R\$ 8,39
03.003	Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	R\$ 9,82
03.004	Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	R\$ 11,24
03.005	Restauração Resina Fotopolimerizável c/ Forramento Dente Anterior 1 Face	R\$ 6,88
03.006	Restauração Resina Fotopolimerizável c/ Forramento Dente Anterior 2 Faces	R\$ 9,79
03.007	Restauração Resina Fotopolimerizável c/ Forramento Dente Anterior 3 Faces	R\$ 12,84
03.008	Restauração Resina Fotopolimerizável c/ Forramento Dente Posterior 1 Face	R\$ 7,02
03.009	Restauração Resina Fotopolimerizável c/ Forramento Dente Posterior 2 Faces	R\$ 10,25
03.010	Restauração Resina Fotopolimerizável c/ Forramento Dente Posterior 3 Faces	R\$ 13,48
03.011	Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento	R\$ 4,69
03.012	Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento	R\$ 7,00
03.013	Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento	R\$ 8,19
03.014	Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V	R\$ 4,20
03.015	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 1 Face	R\$ 6,88
03.016	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces	R\$ 8,39
03.017	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces	R\$ 9,82

03.018	Capeamento Pulpar Direto	R\$ 2,38
03.019	Faceta Direta em Resina Fotoativada - dente anterior	R\$ 26,04
03.020	Restauração a Pino	R\$ 13,75
03.022	Consulta para Técnica de Clareamento Caseiro (equivale a 04 consultas)	R\$ 20,64
03.023	Ajuste Oclusal por Arcada	R\$ 3,50
03.024	Remoção de Restaurações Metálicas e Coroas	R\$ 5,04
03.025	Núcleo de Preenchimento para Restaurações	R\$ 13,48
03.026	Fechamento de Diastema	R\$ 19,26

### ODONTOPEDIATRIA

04.001	Aplicação de Selante (por dente)	R\$ 2,38
04.002	Tratamento Restaurador Atraumático	R\$ 2,38
04.003	Aplicação de Cariostático (por dente)	R\$ 2,38
04.004	Remineralização de Esmalte por Sessão (boca toda)	R\$ 1,68
04.005	Adequação do Meio Bucal (boca toda)	R\$ 2,38
04.006	Sessão de Condicionamento em Odontopediatria	R\$ 3,50
04.007	Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	R\$ 6,88
04.008	Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	R\$ 8,39
04.009	Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	R\$ 9,82
04.010	Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	R\$ 11,24
04.011	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	R\$ 6,88
04.012	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	R\$ 9,79
04.013	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	R\$ 12,84
04.014	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face	R\$ 7,02
04.015	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces	R\$ 10,25
04.016	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces	R\$ 13,48
04.017	Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento	R\$ 4,69
04.018	Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento	R\$ 7,00
04.019	Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento	R\$ 8,19
04.020	Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V	R\$ 4,20
04.021	Restauração em Ionômero de Vidro 1 com Forramento de 1 Face	R\$ 6,88
04.022	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces	R\$ 8,39
04.023	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces	R\$ 9,82
04.024	Restauração Preventiva (ionômero + selante)	R\$ 12,84
04.025	Coroa de Aço ou Policarbonato (Odontopediatria)	R\$ 36,00
04.026	Pulpotomia	R\$ 10,92
04.027	Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo	R\$ 16,87
04.028	Ulotomia	R\$ 3,70
04.029	Exodontia Simples de Dentes Decíduos	R\$ 5,60
04.031	Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel) sem cobrança de manutenção mensal	R\$ 43,52

### RADIOLOGIA

06.005	Documentação Periodontal	R\$ 75,00
06.006	Radiografia Panorâmica sem Traçado	R\$ 10,20
06.007	Radiografia Panorâmica com Traçado	R\$ 13,80
06.009	Telerradiografia sem Traçado	R\$ 12,00
06.010	Telerradiografia com Traçado	R\$ 19,20

06.011	Telerradiografia Frontal sem Traçado	R\$ 12,00
06.012	Telerradiografia Frontal com Traçado	R\$ 18,00
06.013	Radiografia Intra Oral Periapical (unidade)	R\$ 1,19
06.014	Radiografia Intra Oral Interproximal (unidade)	R\$ 1,40
06.015	Radiografia Intra Oral Oclusal (unidade)	R\$ 2,80
06.016	Levantamento Periapical (boca toda)	R\$ 33,00
06.017	Técnica de Localização	R\$ 11,40
06.018	Radiografia Mão e Punho	R\$ 15,00
06.024	ATM - Convencional (6 posições - transfacial / transcraneana)	R\$ 28,80
06.025	ATM - Convencional (3 posições - transfacial)	R\$ 20,40
06.026	ATM - Convencional (3 posições - transcraneana)	R\$ 20,40
06.033	Radiografia Panorâmica Especial para ATM	R\$ 48,00
06.049	Radiografia Periapical (unidade) - clínica radiológica	R\$ 3,00
06.050	Radiografia Interproximal (unidade) - clínica radiológica	R\$ 3,00
06.051	Radiografia Oclusal (unidade) - clínica radiológica	R\$ 10,44

### PREVENÇÃO

07.001	Profilaxia por Arcada	R\$ 3,89
07.002	Orientação de Higiene Bucal - atividade educativa	R\$ 4,20
07.003	Controle de Placa Bacteriana (por sessão) - índice de placa e índice de sangramento	R\$ 4,85
07.004	Aplicação Tópica de Flúor (boca toda - até 15 anos)	R\$ 8,40
07.005	Teste de Risco de Cárie - contagem de S. Mutans	R\$ 3,50
07.006	Teste de Risco de Cárie - fluxo salivar e capacidade tampão	R\$ 3,50
07.007	Aplicação de Selante (por dente)	R\$ 2,38
07.008	Controle Periódico de Tratamento Preventivo	R\$ 3,50

### PERIODONTIA

08.001	Consulta de Periodontia para Determinação de Índice de Sangramento de Placa (Silness e Loe)	R\$ 7,00
08.002	Remoção de Fatores de Retenção	R\$ 7,63
08.003	Raspagem por Arcada (Manual e/ou Ultra -som) com Profilaxia	R\$ 6,61
08.004	Curetagem Sub-Gengival por Arcada com Polimento	R\$ 9,18
08.005	Imobilização Dentária - 3 dentes	R\$ 9,59
08.006	Dessensibilização Dentinária (por hemiarco)	R\$ 5,88
08.007	Proservação Pré-cirúrgica	R\$ 6,88
08.008	Tratamento de Abscesso Periodontal	R\$ 4,69
08.009	Cirurgia Periodontal a Retalho, com Osteotomia / Osteoplastia, por Hemiarco	R\$ 15,68
08.010	Enxerto Gengival por Elemento	R\$ 10,50
08.011	Retalho Deslizante por Elemento	R\$ 10,50
08.012	Manutenção de Tratamento Periodontal	R\$ 3,89
08.013	Aumento de Coroa Clínica (por elemento)	R\$ 16,68
08.014	Gengivectomia / Gengivoplastia por Hemiarco (4 elementos ou mais)	R\$ 16,68
08.015	Gengivectomia / Gengivoplastia por Elemento (lançamento individual até 3 elementos)	R\$ 4,17
08.016	Sepultamento Radicular	R\$ 17,04

CIRURGIA		
09.001	Exodontia Simples	R\$ 0,00
09.002	Exodontia de Raiz Residual	R\$ 0,00
09.003	Exodontia de Dente Semi -Incluso	R\$ 0,00
09.004	Exodontia de Dente Incluso / Impactado	R\$ 0,00
09.005	Exodontia com Finalidade Ortodôntica	R\$ 0,00
09.006	Punção Aspirativa com Agulha Fina / Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco	R\$ 5,60
09.009	Exodontia a Retalho	R\$ 0,00
09.010	Remoção de Hiperplasias	R\$ 5,60
09.011	Biopsia da Cavidade Oral	R\$ 5,60
09.012	Frenectomia Labial / Lingual	R\$ 5,60
09.013	Enucleação de Cistos Periapicais ou Residuais (de origem endodôntica)	R\$ 16,80
09.014	Cirurgia para Remoção de Torus Palatino	R\$ 14,00
09.015	Cirurgia para Remoção de Torus Mandibular	R\$ 14,00
09.016	Ulectomia	R\$ 3,70
09.017	Cunha Distal	R\$ 3,70
09.018	Alveoplastia / Osteoplastia	R\$ 13,48
09.019	Cirurgia para Correção de Bridas Musculares	R\$ 26,04
09.020	Apicectomia Unirradicular sem/com Obtenção Retrógada	R\$ 19,60
09.021	Apicectomia Multirradicular sem/com Obtenções Retrógada	R\$ 22,40
09.022	Amputação Radicular Sem Obtenção Retrógada (por raiz)	R\$ 25,43
09.023	Amputação Radicular Com Obtenção Retrógada (por raiz)	R\$ 27,14
09.024	Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Cruenta	R\$ 99,00
09.025	Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Incruenta	R\$ 84,00
09.026	Excisão de Mucocele	R\$ 23,52
09.027	Excisão de Rânula	R\$ 101,76
09.028	Cirurgia de Tumor Odontogênico Misto Intra-ósseo (Odontoma e Osteoma) e Tecidos Moles da Boca	R\$ 43,80
09.029	Tratamento/Cirurgia de Cisto de Desenvolvimento - Enucleação	R\$ 49,20
09.030	Tratamento/Cirurgia de Cisto - Marsupialização e Enucleação Final	R\$ 56,40
09.031	Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	R\$ 52,80
09.032	Cirurgia a Retalho c/ Enxerto Alógeno (especificar substância)	R\$ 30,00
09.033	Odonto-Secção (por elemento)	R\$ 17,04
09.034	Cirurgia de Aprofundamento de Sulco	R\$ 14,00
09.036	Tracionamento Cirúrgico com Finalidade Ortodôntica (inclui colagem do braquete)	R\$ 44,80
09.037	Redução de Tuberosidade	R\$ 14,00
09.038	Remoção de Cálculo Salivar	R\$ 5,60
09.041	Ulotomia	R\$ 3,70
09.042	Exodontia Simples de 3º Molar	R\$ 0,00
09.043	Exodontia Simples de Dente Supra Numerário Superior Direito	R\$ 0,00
09.044	Exodontia Simples de Dente Supra Numerário Superior Esquerdo	R\$ 0,00
09.045	Exodontia Simples de Dente Supra Numerário Inferior Direito	R\$ 0,00

09.046	Exodontia Simples de Dente Supra Numerário Inferior Esquerdo	R\$ 0,00
09.047	Exodontia de Dente Semi-Incluso Supranumerário Superior Direito	R\$ 0,00
09.048	Exodontia de Dente Semi-Incluso Supranumerário Superior Esquerdo	R\$ 0,00
09.049	Exodontia de Dente Semi-Incluso Supranumerário Inferior Direito	R\$ 0,00
09.050	Exodontia de Dente Semi-Incluso Supranumerário Inferior Esquerdo	R\$ 0,00
09.051	Exodontia de Dente Supra Numerário Incluso Superior Direito	R\$ 0,00
09.052	Exodontia de Dente Supra Numerário Incluso Superior Esquerdo	R\$ 0,00
09.053	Exodontia de Dente Supra Numerário Incluso Inferior Direito	R\$ 0,00
09.054	Exodontia de Dente Supra Numerário Incluso Inferior Esquerdo	R\$ 0,00
09.055	Consulta para Semiologia	R\$ 3,50
09.056	Tratamento Cirúrgico de Fistulas Buco Nasais ou Buco Sinusais	R\$ 52,80
ENDODONTIA		
10.001	Tratamento Endodôntico Unirradicular	R\$ 28,97
10.002	Tratamento Endodôntico Birradicular	R\$ 41,57
10.003	Tratamento Endodôntico com 3 ou Mais Canais	R\$ 56,69
10.004	Retratamento por Canal	R\$ 10,38
10.005	Clareamento Dental (dente desvitalizado)	R\$ 7,00
10.006	Tratamento de Rizogênese Incompleta	R\$ 7,53
10.007	Tratamento de Perfuração Endodôntica	R\$ 10,38
10.008	Troca de Medicação Intracanal	R\$ 7,53
10.009	Remoção de Corpo Estranho Intracanal	R\$ 10,38
10.010	Pulpotomia	R\$ 10,92
10.011	Tratamento Endodôntico de Dente Deciduo	R\$ 16,87
10.012	Preparo para Núcleo Intrarradicular (por elemento)	R\$ 4,68
10.013	Retratamento Endodôntico Unirradicular	R\$ 39,35
10.014	Retratamento Endodôntico Birradicular	R\$ 62,33
10.015	Retratamento Endodôntico com 3 ou Mais Canais	R\$ 87,83
10.016	Remoção de Núcleo Intrarradicular	R\$ 8,04
PRÓTESE		
20.002	Núcleo Metálico Fundido	R\$ 28,11
20.004	Restauração Metálica Fundida	R\$ 46,23
20.005	Coroa Total Metálica	R\$ 55,54
20.006	Coroa Provisória Unitária	R\$ 18,52
20.007	Coroa em Cerômero Metal Free (somente para dentes anteriores)	R\$ 102,00
20.009	Coroa de Jaqueta Acrílica	R\$ 43,03
20.041	Pino de Retenção Intra Radicular Rosqueável ou não (tipo flexi post)	R\$ 28,11

\* Valor médio em R\$ (Reais) da Coparticipação nos eventos realizados em Rede Credenciada.

## Plano Odontológico Riachuelo - PLANO GOLD

### Sem carência (1)

- atendimento de emergência/urgência
- aparelho ortodôntico (2)
- consultas

### Carência de 90 dias (3)

- limpeza
- odontopediatria (atendimento a criança)
- dentística (restaurações)
- prevenção
- endodontia (canal)
- radiologia (raio-X)
- periodontia
- cirurgias (oral menor – realizada em consultório)

### Carência de 180 (cento e oitenta) dias (4)

- prótese – cobertura RN 211 -ANS (5)

- (1) A partir da adesão ao presente Contrato, você já terá acesso ao atendimento na Rede Credenciada **OdontoPrev** conforme condições contratuais do plano contratado.
- (2) Você só paga o custo da consulta de ortodontia, manutenção e da documentação ortodôntica.
- (3) Procedimentos cobertos com carência de 90 (noventa) dias a contar da data de adesão.
- (4) Procedimentos cobertos com carência de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data de adesão.
- (5) Procedimentos com coparticipação de **40% (quarenta por cento)**. Consulte a tabela de valores médios que se encontra neste manual.

## O que é Coparticipação

É a parte do valor que o beneficiário deverá pagar diretamente ao dentista pelo tratamento coberto pelo plano contratado e realizado na rede credenciada.

**Observação: esta coparticipação é de acordo com a escolha do Plano contratado pelo CONTRATANTE, ele e seus dependentes legais inscritos, terão a cobertura do plano escolhido na Proposta de Adesão.**

## TABELA DE EVENTOS COBERTOS COM E SEM COPARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO PLANO GOLD

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	VALOR * coparticipação 40%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
00.001	Consulta	R\$ 0,00
00.005	Exame Histopatológico	R\$ 0,00
<b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b>		
01.001	Exodontia de Emergência	R\$ 0,00
01.002	Pericoronarite	R\$ 0,00
01.003	Lesão de Tecido Mole	R\$ 0,00
01.004	Colagem de Fragmentos	R\$ 0,00
01.005	Curativo e/ou Sutura em Caso de Hemorragia Bucal / Labial	R\$ 0,00
01.006	Curativo em Caso de Odontalgia Aguda / Pulpec / Tomia / Necrose	R\$ 0,00
01.007	Imobilização Dental Temporária	R\$ 0,00
01.008	Recimentação de Trabalho Protético	R\$ 0,00
01.009	Tratamento de Alveolite	R\$ 0,00
01.010	Incisão e Drenagem de Abscesso Extra Oral	R\$ 0,00
01.011	Incisão e Drenagem de Abscesso Intra Oral	R\$ 0,00
01.012	Reimplante de Dente Avulsionado	R\$ 0,00
01.013	Curativo Provisório	R\$ 0,00
01.014	Coroa Provisória Direta em resina Autopolimerizável – dente anterior	R\$ 0,00
01.015	Emergência Inespecífica	R\$ 0,00
01.018	Restauração Estética	R\$ 0,00
01.020	Redução de Luxação de ATM	R\$ 0,00
<b>DENTÍSTICA</b>		
03.001	Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	R\$ 0,00
03.002	Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	R\$ 0,00
03.003	Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	R\$ 0,00
03.004	Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	R\$ 0,00
03.005	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	R\$ 0,00
03.006	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	R\$ 0,00
03.007	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	R\$ 0,00
03.008	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face	R\$ 0,00
03.009	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces	R\$ 0,00
03.010	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces	R\$ 0,00
03.011	Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento	R\$ 0,00
03.012	Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento	R\$ 0,00
03.013	Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento	R\$ 0,00
03.014	Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V	R\$ 0,00
03.015	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 1 Face	R\$ 0,00
03.016	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces	R\$ 0,00
03.017	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces	R\$ 0,00

03.018	Capeamento Pulpar Direto	R\$ 0,00
03.019	Faceta Direta em Resina Fotoativada - dente anterior	R\$ 0,00
03.020	Restauração a Pino	R\$ 0,00
03.022	Consulta para Técnica de Clareamento Caseiro (equivalente a 04 consultas)	R\$ 0,00
03.023	Ajuste Oclusal por Arcada	R\$ 0,00
03.024	Remoção de Restaurações Metálicas e Coroas	R\$ 0,00
03.025	Núcleo de Preenchimento para Restaurações	R\$ 0,00
03.026	Fechamento de Diastema	R\$ 0,00

### ODONTOPEDIATRIA

04.001	Aplicação de Selante (por dente)	R\$ 0,00
04.002	Tratamento Restaurador Atraumático	R\$ 0,00
04.003	Aplicação de Cariostático (por dente)	R\$ 0,00
04.004	Remineralização de Esmalte por Sessão (boca toda)	R\$ 0,00
04.005	Adequação do Meio Bucal (boca toda)	R\$ 0,00
04.006	Sessão de Condicionamento em Odontopediatria	R\$ 0,00
04.007	Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	R\$ 0,00
04.008	Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	R\$ 0,00
04.009	Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	R\$ 0,00
04.010	Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	R\$ 0,00
04.011	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	R\$ 0,00
04.012	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	R\$ 0,00
04.013	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	R\$ 0,00
04.014	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face	R\$ 0,00
04.015	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces	R\$ 0,00
04.016	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces	R\$ 0,00
04.017	Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento	R\$ 0,00
04.018	Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento	R\$ 0,00
04.019	Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento	R\$ 0,00
04.020	Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V	R\$ 0,00
04.021	Restauração em Ionômero de Vidro 1 com Forramento de 1 Face	R\$ 0,00
04.022	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces	R\$ 0,00
04.023	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces	R\$ 0,00
04.024	Restauração Preventiva (ionômero + selante)	R\$ 0,00
04.025	Coroa de Aço ou Policarbonato (Odontopediatria)	R\$ 0,00
04.026	Pulpotomia	R\$ 0,00
04.027	Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo	R\$ 0,00
04.028	Ulotomia	R\$ 0,00
04.029	Exodontia Simples de Dentes Decíduos	R\$ 0,00
04.031	Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel) - sem cobrança de manutenção mensal	R\$ 0,00

### RADIOLOGIA

06.005	Documentação Periodontal	R\$ 0,00
06.006	Radiografia Panorâmica sem Traçado	R\$ 0,00
06.007	Radiografia Panorâmica com Traçado	R\$ 0,00
06.009	Telerradiografia sem Traçado	R\$ 0,00
06.010	Telerradiografia com Traçado	R\$ 0,00

06.011	Telerradiografia Frontal sem Traçado	R\$ 0,00
06.012	Telerradiografia Frontal com Traçado	R\$ 0,00
06.013	Radiografia Intra Oral Periapical (unidade)	R\$ 0,00
06.014	Radiografia Intra Oral Interproximal (unidade)	R\$ 0,00
06.015	Radiografia Intra Oral Oclusal (unidade)	R\$ 0,00
06.016	Levantamento Periapical (boca toda)	R\$ 0,00
06.017	Técnica de Localização	R\$ 0,00
06.018	Radiografia Mão e Punho	R\$ 0,00
06.024	ATM - Convencional (6 posições - transfacial/transcraneana)	R\$ 0,00
06.025	ATM - Convencional (3 posições - transfacial)	R\$ 0,00
06.026	ATM - Convencional (3 posições - transcraneana)	R\$ 0,00
06.033	Radiografia Panorâmica Especial para ATM	R\$ 0,00
06.049	Radiografia Periapical (unidade) - clínica radiológica	R\$ 0,00
06.050	Radiografia Interproximal (unidade) - clínica radiológica	R\$ 0,00
06.051	Radiografia Oclusal (unidade) - clínica radiológica	R\$ 0,00

### PREVENÇÃO

07.001	Profilaxia por Arcada	R\$ 0,00
07.002	Orientação de Higiene Bucal - atividade educativa	R\$ 0,00
07.003	Controle de Placa Bacteriana (por sessão) - índice de placa e índice de sangramento	R\$ 0,00
07.004	Aplicação Tópica de flúor (boca toda até 15 anos)	R\$ 0,00
07.005	Teste de Risco de Cárie - contagem de S. Mutans	R\$ 0,00
07.006	Teste de Risco de Cárie - fluxo salivar e capacidade tampão	R\$ 0,00
07.007	Aplicação de Selante (por dente)	R\$ 0,00
07.008	Controle Periódico de Tratamento Preventivo	R\$ 0,00

### PERIODONTIA

08.001	Consulta de Periodontia para Determinação de Índice de Sangramento de Placa (Silness e Loe)	R\$ 0,00
08.002	Remoção de Fatores de Retenção	R\$ 0,00
08.003	Raspagem por Arcada (manual e/ou ultrassom) com Profilaxia	R\$ 0,00
08.004	Curetagem Sub-Gengival por Arcada com Polimento	R\$ 0,00
08.005	Imobilização Dentária - 3 dentes	R\$ 0,00
08.006	Dessensibilização Dentinária (por hemiarco)	R\$ 0,00
08.007	Proservação Pré-cirúrgica	R\$ 0,00
08.008	Tratamento de Abscesso Periodontal	R\$ 0,00
08.009	Cirurgia Periodontal a Retalho, com Osteotomia / Osteoplastia, por Hemiarco	R\$ 0,00
08.010	Enxerto Gengival por Elemento	R\$ 0,00
08.011	Retalho Deslizante por Elemento	R\$ 0,00
08.012	Manutenção de Tratamento Periodontal	R\$ 0,00
08.013	Aumento de Coroa Clínica (por elemento)	R\$ 0,00
08.014	Gingivectomia / Gingivoplastia por Hemiarco (4 elementos ou mais)	R\$ 0,00
08.015	Gingivectomia / Gingivoplastia por elemento (lançamento individual até 3 elementos)	R\$ 0,00
08.016	Sepultamento Radicular	R\$ 0,00

<b>CIRURGIA</b>		
09.001	Exodontia Simples	R\$ 0,00
09.002	Exodontia de Raiz Residual	R\$ 0,00
09.003	Exodontia de Dente Semi-Incluso	R\$ 0,00
09.004	Exodontia de Dente Incluso/Impactado	R\$ 0,00
09.005	Exodontia com Finalidade Ortodôntica	R\$ 0,00
09.006	Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco	R\$ 0,00
09.009	Exodontia a Retalho	R\$ 0,00
09.010	Remoção de Hiperplasias	R\$ 0,00
09.011	Biopsia da Cavidade Oral	R\$ 0,00
09.012	Frenectomia Labial / Lingual	R\$ 0,00
09.013	Enucleação de Cistos Periapicais ou Residuais (de origem endodôntica)	R\$ 0,00
09.014	Cirurgia para Remoção de Torus Palatino	R\$ 0,00
09.015	Cirurgia para Remoção de Torus Mandibular	R\$ 0,00
09.016	Ulectomia	R\$ 0,00
09.017	Cunha Distal	R\$ 0,00
09.018	Alveoloplastia / Osteoplastia	R\$ 0,00
09.019	Cirurgia para Correção de Bidas Musculares	R\$ 0,00
09.020	Apicectomia Unirradicular sem/com Obturação Retrógada	R\$ 0,00
09.021	Apicectomia Multirradicular sem/com Obturações Retrógrada	R\$ 0,00
09.022	Amputação Radicular Sem Obturação Retrógrada (por raiz)	R\$ 0,00
09.023	Amputação Radicular Com Obturação Retrógrada (por raiz)	R\$ 0,00
09.024	Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Cruenta	R\$ 0,00
09.025	Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Incruenta	R\$ 0,00
09.026	Excisão de Mucocele	R\$ 0,00
09.027	Excisão de Rânula	R\$ 0,00
09.028	Cirurgia de Tumor Odontogênico Misto Intra ósseo (Odontoma e Osteoma) e Tecidos Moles da Boca	R\$ 0,00
09.029	Tratamento/Cirurgia de Cisto de Desenvolvimento - Enucleação	R\$ 0,00
09.030	Tratamento/Cirurgia de Cisto Marsupialização e Enucleação Final	R\$ 0,00
09.031	Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	R\$ 0,00
09.032	Cirurgia a retalho c/ enxerto alógeno (especificar substância)	R\$ 0,00
09.033	Odonto-Secção (por elemento)	R\$ 0,00
09.034	Cirurgia de Aprofundamento de Sulco	R\$ 0,00
09.036	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica (inclui colagem do braquete)	R\$ 0,00
09.037	Redução de tuberosidade	R\$ 0,00
09.038	Remoção de cálculo salivar	R\$ 0,00
09.041	Ulotomia	R\$ 0,00
09.042	Exodontia Simples de 3º Molar	R\$ 0,00
09.043	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Superior Direito	R\$ 0,00
09.044	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Superior Esquerdo	R\$ 0,00
09.045	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Inferior Direito	R\$ 0,00

09.046	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Inferior Esquerdo	R\$ 0,00
09.047	Exodontia de Dente Semi-Incluso Supranumerário Superior Direito	R\$ 0,00
09.048	Exodontia de Dente Semi-Incluso Supranumerário Superior Esquerdo	R\$ 0,00
09.049	Exodontia de Dente Semi-Incluso Supranumerário Inferior Direito	R\$ 0,00
09.050	Exodontia de Dente Semi-Incluso Supranumerário Inferior Esquerdo	R\$ 0,00
09.051	Exodontia de Dente Supra Numerário Incluso Superior Direito	R\$ 0,00
09.052	Exodontia de Dente Supra Numerário Incluso Superior Esquerdo	R\$ 0,00
09.053	Exodontia de Dente Supra Numerário Incluso Inferior Direito	R\$ 0,00
09.054	Exodontia de Dente Supra Numerário Incluso Inferior Esquerdo	R\$ 0,00
09.055	Consulta para Semiologia	R\$ 0,00
09.056	Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasais ou Buco Sinusais	R\$ 0,00

**ENDODONTIA**

10.001	Tratamento Endodôntico Unirradicular	R\$ 0,00
10.002	Tratamento Endodôntico Birradicular	R\$ 0,00
10.003	Tratamento Endodôntico com 3 ou mais canais	R\$ 0,00
10.004	Retratamento por Canal	R\$ 0,00
10.005	Clareamento Dental (dente desvitalizado)	R\$ 0,00
10.006	Tratamento de Rizogênese Incompleta	R\$ 0,00
10.007	Tratamento de Perfuração Endodôntica	R\$ 0,00
10.008	Troca de Medicação Intracanal	R\$ 0,00
10.009	Remoção de Corpo Estranho Intracanal	R\$ 0,00
10.010	Pulpotomia	R\$ 0,00
10.011	Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo	R\$ 0,00
10.012	Preparo para Núcleo Intrarradicular (por elemento)	R\$ 0,00
10.013	Retratamento Endodôntico Unirradicular	R\$ 0,00
10.014	Retratamento Endodôntico Birradicular	R\$ 0,00
10.015	Retratamento Endodôntico com 3 ou mais canais	R\$ 0,00
10.016	Remoção de Núcleo Intrarradicular	R\$ 0,00

**PRÓTESE**

<b>20.002</b>	<b>Núcleo Metálico Fundido</b>	<b>R\$ 28,11</b>
<b>20.004</b>	<b>Restauração Metálica Fundida</b>	<b>R\$ 46,23</b>
<b>20.005</b>	<b>Coroa Total Metálica</b>	<b>R\$ 55,54</b>
<b>20.006</b>	<b>Coroa Provisória Unitária</b>	<b>R\$ 18,52</b>
<b>20.007</b>	<b>Coroa em Cerômero Metal Free (somente para dentes anteriores)</b>	<b>R\$ 102,00</b>
<b>20.009</b>	<b>Coroa de Jaqueta Acrílica</b>	<b>R\$ 43,03</b>
<b>20.041</b>	<b>Pino de Retenção Intra Radicular Rosqueável ou não (tipo flexi post)</b>	<b>R\$ 28,11</b>

\* Valor médio em R\$ (Reais) da Coparticipação nos eventos realizados em Rede Credenciada.

## Serviços não cobertos

O **Plano Integral CP IFRD** relaciona alguns dos tratamentos não cobertos:

- procedimentos de prótese, com exceção dos mencionados na tabela anterior;
- procedimentos de ortodontia;
- procedimentos para implante dentário, inclusive as próteses dele decorrentes;
- metais preciosos;
- procedimentos exclusivamente estéticos e outros descritos nas suas condições gerais.

Serviços não cobertos e coparticipações poderão ser pagos com seu cartão de crédito das bandeiras Visa e/ou Mastercard, de acordo com as regras da administradora do cartão, desde que aceito pelo Cirurgião-dentista.

## Benefícios adicionais

O **Plano Odontológico Riachuelo** oferece para você vantagens especiais de pagamentos para os eventos não cobertos de Prótese e Ortodontia. Estes serviços poderão ser realizados na Rede Credenciada e deverão ser pagos diretamente ao cirurgião-dentista de acordo com a tabela de valores médios deste manual do beneficiário.

**Ortodontia:** Documentação ortodôntica com preços especiais. Aparelho e sua colocação sem custo (desde que ocorram as 5 primeiras consultas de manutenção) e valores de manutenção diferenciados para você.

**Prótese:** Tabela especial e parcelamento em até 4 vezes.

## Eventos Não Cobertos pelo Plano Odontológico Riachuelo com desconto na Rede Credenciada OdontoPrev

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	VALOR *
<b>RADIOLOGIA</b>		
06.001	Documentação Ortodôntica Básica	R\$ 100,00
06.002	Documentação Ortodôntica Completa	R\$ 136,00
06.003	Documentação Ortodôntica Especial	R\$ 186,00
06.004	Documentação Ortopédica	R\$ 186,00
06.008	Radiografia Panorâmica + Modelos Ortodônticos	R\$ 76,00
06.019	Traçado - Ricketts, Bimler, Macnamara	R\$ 20,00
06.020	Discrepância de Modelos	R\$ 16,00
06.021	Fotografia ou Slide (cada)	R\$ 8,00
06.022	Modelos Ortodônticos	R\$ 50,00
06.023	Modelos de Trabalho	R\$ 36,00
06.027	ATM - Tomografia Lateral - 2 posições/4 cortes - direita e esquerda boca aberta e fechada	R\$ 100,00
06.028	ATM - Tomografia Lateral - 1 posição/6 cortes - ext. centr. e medianos dos côndilos	R\$ 100,00
06.029	ATM e Ramo - Tomografia Lateral (1 posição/2 cortes - direita e esquerda boca aberta e fechada)	R\$ 100,00
06.030	ATM - Tomografia Pósterio Lateral (1 posição/2 cortes - direita e esquerda)	R\$ 100,00
06.031	ATM - Tomografia Pósterio Anterior (2 posições/4 cortes - direita e esquerda - boca aberta e fechada)	R\$ 100,00
06.032	ATM - Tomografia Pósterio Anterior (1 posição/6 cortes - direita e esquerda)	R\$ 100,00
06.034	Tomografia de Localização - 1 dente ou 1 área	R\$ 180,00
06.035	Tomografia de Localização - 2 dentes ou 2 áreas	R\$ 256,00
06.036	Tomografia de Localização - 3 dentes ou 3 áreas	R\$ 320,00
06.037	Tomografia de Localização - Hemiarco	R\$ 400,00
06.038	Tomografia - 1 arco completo	R\$ 460,00
06.039	Tomografia - 2 arcos completos	R\$ 540,00
<b>PRÓTESE</b>		
20.001	Coroa Provisória	R\$ 61,73
20.003	Núcleo de Preenchimento	R\$ 58,32
20.010	Coroa Veneer (faceta em resina)	R\$ 254,86
20.011	Coroa Metaloplástica	R\$ 284,48
20.013	Elemento de Prótese Fixa Metal-plástica	R\$ 284,48
20.014	Coroa Oca de Porcelana	R\$ 409,07
20.016	Coroa Metalocerâmica	R\$ 431,76
20.017	Elemento de Prótese Fixa Metalocerâmica	R\$ 435,73

20.018	Inlay / Onlay de Porcelana	R\$ 421,38
20.019	Inlay/Onlay em Resina	R\$ 276,92
20.020	Laminado de Porcelana	R\$ 421,38
20.021	Laminado em Resina	R\$ 276,92
20.022	Prótese Adesiva de 3 Elementos, infra estrutura metálica e recobrimento em cerâmica	R\$ 523,20
20.023	Prótese Adesiva de 3 Elementos, infra estrutura metálica e recobrimento em resina	R\$ 418,56
20.027	Prótese Parcial Removível Provisória	R\$ 252,62
20.028	Prótese Parcial Removível a Grampo	R\$ 536,44
20.029	Prótese Parcial Removível a Attachment (lançamento por elemento beneficiário ao código de PPR)	R\$ 540,00
20.030	Prótese Total Rósea	R\$ 466,04
20.031	Prótese Total Incolor	R\$ 511,86
20.032	Prótese Total Imediata	R\$ 397,27
20.033	Prótese pelo sistema CBW	R\$ 523,20
20.034	Reembasamento	R\$ 154,85
20.035	Consertos Simples	R\$ 69,48
20.036	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro (por Arcada)	R\$ 94,00
20.037	Placa de Mordida em Acrílico / Silicose (Bruxismo ou Noturna)	R\$ 174,16
20.038	Acompanhamento de uso de Placa de Mordida para Disfunção de ATM	R\$ 11,66
20.039	Coroa 3/4 ou 4/5	R\$ 154,11
20.042	Coroa em Cerômero Metal Free	R\$ 340,00
20.043	Elemento de Prótese Fixa em Cerômero Metal Free	R\$ 340,00
20.044	Prótese Adesiva de 3 Elementos em Cerômero Metal-free, com ou sem reforço em tira de fibra de vidro	R\$ 1.006,77
20.045	Laminado em Cerômero	R\$ 331,82
20.046	Inlay / Onlay de Cerômero	R\$ 331,82
20.047	Elemento de Prótese Fixa com Metal e Cerômero	R\$ 343,12
20.048	Coroa in Ceran (metal free)	R\$ 431,76
20.049	Elemento de Prótese Fixa InCeran (metal free)	R\$ 435,73
20.050	Coroa em Metal com Cerômero	R\$ 340,00

### ORTODONTIA E ORTOPEDIA FUNCIONAL

30.001	Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Total por Arcada	-
30.002	Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Parcial por Arcada	-
30.003	Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel)	-
30.004	Ortodontia Móvel / Placa de Mordida Ortodôntica	-
30.005	Ortodontia Móvel / Plano Inclinado (Individual ou Múltiplo)	-
30.006	Ortodontia Móvel / Aparelho Para Correção de Deglutição - Banda / Grade	-
30.007	Ortodontia Móvel / Placa Para Correção de Deglutição Removível	-
30.008	Ortodontia Fixa / Arco Lingual de Nance	-
30.009	Ortodontia Móvel / Placa de Hawley	-
30.010	Arco Vestibular de Bumper	-
30.011	Ortodontia Móvel / Aparelho Extra Oral	-
30.012	Mentoneira	-

30.013	Ortodontia Fixa / Quadrirelíce	-
30.014	Ortodontia Fixa / Disjuntor de Maxila (Hyrax , Hass , McNamara)	-
30.015	Ortodontia Fixa / Barra Palatina	-
30.016	Ortodontia Fixa / Botão de Nance	-
30.017	Ortodontia Fixa / Distal Jet	-
30.018	Ortodontia Fixa / Pendex - Pendulum	-
30.019	Ortodontia Fixa / Jones Jig	-
30.020	Ortodontia Fixa / Distalizador com mola de nitinol.	-
30.021	Ortodontia Fixa / Gianelly	-
30.022	Ortodontia Fixa / Plano anterior fixo	-
30.023	Ortodontia fixa / conção fixa inferior	-
30.024	Ortodontia Móvel / Placa com expansor	-
30.025	Ortodontia Móvel / Placa com reeducador de língua	-
30.026	Ortodontia Móvel / Placa cêntrica	-
30.027	Ortodontia Móvel / Placa para vertilização de caninos	-
30.028	Ortodontia Móvel / Placa para distalizar 7/7	-
30.029	Ortodontia Móvel / Protetor de silicone	-
30.030	Ortodontia Móvel / Recuperador de espaço	-
30.031	Ortodontia Móvel / Redutor de espaço	-
30.033	Placa Lábio Ativa	-
30.037	Remoção do aparelho ortodôntico	-
30.040	Conserto de Aparelho	-
30.042	Finalização do tratamento Ortodôntico / Ortopédico	-
40.001	Binler	-
40.002	Planas	-
40.003	Frankel	-
40.004	Bionator de Balters	-
40.005	Máscara Delaire / Petite	-
40.006	Mentoneira	-
40.007	Mentoneira de tração reversa	-
40.008	Aparelho extra-oral	-
40.009	Equilibrador de Planas com tubos telescópicos	-
40.010	Herbst	-
40.011	Klammt	-
40.012	Placas duplas para avanço	-
40.013	Aparelhos SN	-
40.014	Splinter	-
40.015	Twin Block	-
40.016	Monobloco	-
30.036	Consulta para tratamento de ortodontia	R\$ 12,00
30.035	Manutenção Mensal de Ortodontia / Ortopedia	VALORES ENTRE R\$ 60,00 E R\$ 120,00
30.041	Manutenção trimestral de contenção (sup. / inf. fixa ou móvel)	

## Prevenir é mais saudável e mais econômico

Siga as sete dicas do **Plano Odontológico Riachuelo** para manter seu sorriso sempre brilhante e saudável.

- Escove os dentes ao menos três vezes ao dia.
- Escolha uma escova de cabeça pequena e cerdas macias, que não machuquem as gengivas.
- Não é necessário preencher toda a escova com creme dental. Coloque pouca quantidade.
- O fio dental é indispensável para completar a limpeza dos dentes.
- Utilize um anti-séptico bucal diariamente para evitar a formação da placa bacteriana e manter um hálito agradável.
- Evite o consumo excessivo de alimentos com alto teor de açúcar, como balas e chocolates.
- Visite o seu dentista no mínimo duas vezes por ano ou sempre que detectar problemas odontológicos.

## Preenchendo o verso da carteirinha

No final deste Manual está a sua carteirinha. Destaque-a com cuidado e preencha o campo com o número de sua proposta contratada. O número da sua proposta contratada é o número de atendimento na Rede Credenciada OdontoPrev. Lembre-se de ter sua carteirinha sempre à mão no momento de sua consulta ou quando acessar os canais de comunicação OdontoPrev / Riachuelo. Confira o modelo abaixo:

PLANO ODONTOLÓGICO RIACHUELO														
Cód. Op.: Plano Integral CPA40 IFRD														
Reg.: 459.467/09-3														
Proposta N°:														
R	I	A	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Portal: <a href="http://www.odontoprev.com.br">www.odontoprev.com.br</a>														
Atendimento 24 horas: 0800 726 6900														
Atendimento ao deficiente auditivo e de fala:														
0800 722 2191														
ESTE PLANO HÁ COPARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO														
Válido somente mediante apresentação do R.G.														

Confira neste exemplo os campos que devem ser preenchidos com o N° de sua proposta.

Todos os atendimentos são realizados com hora marcada. Sendo assim, após obter a indicação do dentista mais adequado à sua necessidade, pelo portal [www.odontoprev.com.br/redecredenciada](http://www.odontoprev.com.br/redecredenciada) ou pelo Disque OdontoPrev/Riachuelo 0800 726 6900, você deverá marcar diretamente com o dentista, dia e horário de atendimento.

Atendimento ao deficiente auditivo e de fala, ligue 0800 722 2191.

## Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	IV
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	IV
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	IV
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	III

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	VII
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor <b>não</b> tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	XV
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	XVI
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), 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.	XVIII

<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	XX
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	XXI
<b>RESCISÃO SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	XXI

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

## Índice do Contrato de Plano Odontológico

Cláusula 1ª - Do Objeto .....	I
Cláusula 2ª - Natureza do Contrato .....	I
Cláusula 3ª - Definições .....	II
Cláusula 4ª - Das Características do Plano .....	III
Cláusula 5ª - Do Tipo de Contratação .....	IV
Cláusula 6ª - Das Condições de Admissão e de Exclusão dos Beneficiários .....	V
Cláusula 7ª - Da Cobertura e Procedimentos Garantidos .....	VII
Cláusula 8ª - Das Exclusões de Cobertura .....	XV
Cláusula 9ª - Da Carência .....	XVI
Cláusula 10ª - Do Reembolso para Urgência e Emergência ..	XVI
Cláusula 11ª - Das Condições de Atendimento junto à Rede Credenciada .....	XVIII
Cláusula 12ª - Do Preço da Mensalidade e da Forma de Pagamento .....	XIX
Cláusula 13ª - Do Reajuste .....	XX
Cláusula 14ª - Da Vigência e das Condições de Renovação Automática .....	XXI
Cláusula 15ª - Da Rescisão do Contrato .....	XXI
Cláusula 16ª - Das Disposições Gerais .....	XXII
Cláusula 17ª - Do Foro .....	XXIII

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](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)

## CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO

### Modalidade Individual ou Familiar

Contrato de Plano Odontológico – Plano Individual ou Familiar que entre si fazem, de um lado, **ODONTOPREV S.A.**, Operadora de Planos exclusivamente Odontológicos, com sede no Município de Barueri, Estado de São Paulo, na Alameda Tocantins, n.º 125, 15º andar, Alphaville, CEP 06455-020, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 58.119.199/0001-51, registrada no Conselho Regional de Odontologia sob o n.º 2728 e na ANS sob o n. 30.194-9 e classificada como Odontologia de Grupo, daqui por diante denominada **ODONTOPREV**, e o **CONTRATANTE**, qualificado na Proposta de Adesão, sendo beneficiários somente as pessoas por este indicadas, regendo-se de acordo com as seguintes cláusulas:

#### Cláusula Primeira - DO OBJETO

**1.1.** O presente Contrato, de prestação continuada, tem por objeto a cobertura de custos pela **ODONTOPREV** das despesas com os procedimentos odontológicos, prestados pela Rede Credenciada Odontoprev, aos beneficiários indicados na Proposta de Adesão, de acordo com as coberturas estabelecidas no presente Contrato, observando-se o Rol de Procedimentos editado pela ANS vigente à época, em atenção ao que estabelece a Lei n.º 9.656/1998, bem como garantindo a cobertura das doenças de natureza odontológica elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), respeitadas as coberturas ora contratadas.

**1.2.** A Proposta de Adesão, a Tabela de Procedimentos OdontoPrev e os demais documentos necessários à operação deste Plano de Benefícios fazem parte integrante do presente Contrato.

#### Cláusula Segunda - NATUREZA DO CONTRATO

**2.1.** Trata-se de contrato de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, inclusive a obrigação de pagar a mensalidade,

independentemente da utilização do Plano de Benefícios, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

#### Cláusula Terceira - DEFINIÇÕES

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

**Contrato de Plano Odontológico:** instrumento celebrado entre a **ODONTOPREV** e o **CONTRATANTE**, que tem por finalidade garantir a assistência odontológica pela **ODONTOPREV** ao **CONTRATANTE** e aos beneficiários por ele indicados na Proposta de Adesão, nos limites do Plano de Benefícios.

**Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:** é a autarquia sob o regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem à saúde complementar.

**Contratante:** é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata o Plano de Benefícios Odontológicos para si próprio, na qualidade de beneficiário titular, e/ou para seus dependentes.

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

**Proposta de Adesão:** é o documento emitido pela **ODONTOPREV**, preenchido e assinado pelo **CONTRATANTE**, que contém a qualificação completa de todos os beneficiários, a indicação do Plano de Benefícios contratado, o valor da mensalidade, a forma de pagamento e os demais dados necessários à operação do Plano de Benefícios.

**Plano de Benefícios:** é o conjunto de coberturas estabelecidas no presente Contrato com a finalidade exclusiva de garantir aos beneficiários o pagamento de despesas com procedimentos odontológicos realizados exclusivamente na Rede Credenciada **ODONTOPREV** ou o reembolso, nos limites do Plano de Benefícios, nos casos de urgência ou emergência quando comprovadamente não for possível sua realização na Rede Credenciada OdontoPrev.

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

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

**Rede Credenciada OdontoPrev:** é o grupo de prestadores (clínicas odontológicas e cirurgões dentistas) credenciados pela **ODONTOPREV**, colocados à disposição dos beneficiários para prestar-lhes assistência odontológica.

**Carência:** é o prazo ininterrupto, contado a partir da data da assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do presente Contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, durante o qual o beneficiário não tem direito à cobertura contratada, muito embora sejam devidas as mensalidades.

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

**Área de Abrangência Geográfica:** área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo **CONTRATANTE**.

**Tabela de Procedimento:** é a lista indicativa de procedimentos odontológicos e seus respectivos valores aplicados às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência odontológica.

#### Cláusula Quarta - DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

**4.1.** O Plano de Benefícios de que trata este Contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o n.º 459.467/09-3, denominado para fins comerciais como **Plano Integral CP IFRD**.

**4.2.** Nos termos do item 2, do Anexo II da RN n.º 100/2005 expedida pela ANS, o tipo de segmentação assistencial do **Plano Integral CP IFRD** é **Odontológica**.

**4.3.** O **Plano Integral CP IFRD** assegura aos beneficiários a cobertura dos custos das despesas odontológicas realizadas exclusivamente na Rede Credenciada Odontoprev.

**4.4.** Nos termos da legislação vigente, a área de abrangência geográfica do Plano de Benefícios é qualificada como Nacional.

#### Cláusula Quinta - DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

**5.1.** O presente Contrato tem como forma de contratação, nos termos da legislação da ANS, a modalidade individual ou familiar, observando-se as seguintes variações:

a) Contrato **INDIVIDUAL** é aquele que tem um único beneficiário titular.

b) Contrato **EM GRUPO** é aquele que tem como beneficiários, além do beneficiário titular, o mínimo de 01 (um) beneficiário dependente.

c) Contrato **FAMILIAR** é aquele que tem como beneficiários ambos os cônjuges e seus filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), dependentes economicamente do beneficiário titular, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade.

**5.2.** Os menores de 18 (dezoito) anos de idade, somente poderão ser beneficiários titulares de um Contrato, quando tiver um responsável maior de idade podendo este não ser beneficiário do Contrato.

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

## Cláusula Sexta - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E DE EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

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

i) É considerado beneficiário titular, aquele indicado como tal na Proposta de Adesão.

ii) São considerados beneficiários dependentes, aqueles indicados como tal na Proposta de Adesão, e que possuam a seguinte relação de dependente com o **CONTRATANTE**: cônjuge ou filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), dependentes economicamente do **CONTRATANTE**, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade.

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

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

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

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

**6.4.** Os beneficiários dependentes serão excluídos do presente Contrato, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

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

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

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

**6.4.3.** A extinção do vínculo do Beneficiário Titular (**CONTRATANTE**) do presente Contrato, ressalvadas as hipóteses de rescisão por inadimplência e/ou fraude, previstas no item 15.2., não necessariamente extingue o presente Contrato, sendo facultado aos Beneficiários Dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, desde que no prazo de 30 (trinta) dias seja expressamente manifestado o interesse na manutenção do Plano de Benefícios, devendo ser indicado o responsável pelo pagamento.

**6.5.** A exclusão de beneficiário falecido ocorrerá no mês seguinte ao do falecimento, desde que a **ODONTOPREV** seja comunicada, por escrito.

**6.6.** Em caso de óbito do **CONTRATANTE**, o cônjuge beneficiário ou o beneficiário mais idoso, passará a ser responsável pelo pagamento das mensalidades, tornando-se o novo beneficiário titular. Nesses casos, a **ODONTOPREV** deverá ser comunicada, por escrito, do óbito, para que proceda a referida alteração contratual.

## **Cláusula Sétima - DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

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

- a) dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656 de 03.06.1998;
- b) dos procedimentos constantes do Rol de procedimentos Odontológicos, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento; e ainda,
- c) de procedimentos diagnósticos, do exame clínico, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia;
- d) das doenças de natureza odontológica elencadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), respeitadas as coberturas ora contratadas.

São assegurados ainda, nos termos da Resolução Normativa n.º 167 de 2008, editada pela ANS, apenas e tão somente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

Relação de procedimentos constantes do Rol Odontológico vigente:

### **DIAGNÓSTICO**

Consulta  
Exame histopatológico

### **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Exodontia de Emergência  
Pericoronarite  
Lesão de Tecido Mole  
Colagem de fragmentos  
Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial  
Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose  
Imobilização dental temporária  
Recimentação de trabalho protético (consiste na recolocação de trabalho protético)  
Tratamento de alveolite (consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário)  
Incisão e drenagem de abscesso extra oral  
Incisão e drenagem de abscesso intra oral  
Reimplante de dente avulsionado  
Curativo Provisório  
Coroa Provisória Direta em resina autopolimerizável (dente anterior)  
Emergência Inespecífica  
Restauração Estética  
Redução de Luxação de ATM

### **DENTÍSTICA**

Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento  
Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento  
Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento  
Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces

Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento  
Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento  
Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento  
Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V  
Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 1 Face  
Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces  
Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces  
Capeamento Pulpar Direto  
Faceta Direta em Resina Fotoativada (Dente Anterior)  
Restauração a Pino  
Ajuste Oclusal por Arcada  
Remoção de Restaurações Metálicas e Coroas  
Núcleo de preenchimento para restaurações

## **ODONTOPEDIATRIA**

Aplicação de Selante (por dente)  
Tratamento Restaurador Atraumático  
Aplicação de Cariostático (por dente)  
Remineralização de Esmalte por Sessão (boca toda)  
Adequação do meio bucal (boca toda)  
Sessão de Condicionamento em Odontopediatria  
Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento  
Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento  
Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento  
Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces  
Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces

Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento  
Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento  
Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento  
Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V  
Restauração em Ionômero de Vidro 1 com Forramento de 1 Face  
Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces  
Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces  
Coroa de Aço ou Policarbonato (Odontopediatria)  
Pulpotomia  
Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo  
Ulotomia  
Exodontia Simples de Dentes Decíduos

## **RADIOLOGIA**

Radiografia Panorâmica sem Traçado  
Radiografia Intra Oral Periapical (unidade)  
Radiografia Intra Oral Interproximal (unidade)  
Radiografia Intra Oral Oclusal (unidade)  
Radiografia Periapical (unidade) - clínica radiológica  
Radiografia Interproximal (unidade) - clínica radiológica  
Radiografia Oclusal (unidade) - clínica radiológica

## **PREVENÇÃO**

Profilaxia por Arcada  
Orientação de Higiene Bucal - atividade educativa  
Controle de Placa Bacteriana (por sessão) - índice de placa e índice de sangramento  
Aplicação Tópica de Flúor (boca toda - até 15 anos)  
Teste de risco de cárie - Fluxo salivar e Capacidade Tampão  
Aplicação de Selante (por dente)

## **PERIODONTIA**

Remoção de Fatores de Retenção  
Raspagem por Arcada (Manual e/ou Ultra-som) com Profilaxia (tratamento não cirurgico de periodontite )  
Curetagem Sub-Gengival por Arcada com Polimento  
Imobilização Dentária (3 dentes)  
Dessensibilização Dentinária (por hemiarco) - no máximo 1 sessão por hemiarco

Tratamento de Abscesso Periodontal  
Cirurgia Periodontal a Retalho, com Osteotomia/Osteoplastia, por Hemiarco  
Aumento de Coroa Clínica (por elemento)  
Gengivectomia / Gengivoplastia por Hemiarco (4 elementos ou mais)  
Gengivectomia / Gengivoplastia por elemento (lançamento individual até 3 elementos)  
Sepultamento Radicular

## **CIRURGIA**

Exodontia simples  
Exodontia de Raiz Residual  
Exodontia de Dente Semi-Incluso  
Exodontia de Dente Inclusivo/Impactado  
Exodontia com finalidade ortodôntica  
Punção aspirativa com agulha fina /coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial  
Exodontia a Retalho  
Biopsia da Cavidade Oral  
Frenectomia Labial/Lingual  
Enucleação de Cistos Periapicais ou Residuais (de origem endodôntica)  
Cirurgia para Remoção de Torus Palatino  
Cirurgia para Remoção de Torus Mandibular  
Ulectomia  
Cunha Distal  
Alveoloplastia / Osteoplastia  
Cirurgia para Correção de Bridas Musculares  
Apicectomia Unirradicular sem/com Obturação Retrógrada  
Apicectomia Multirradicular sem/com Obturações Retrógrada  
Amputação Radicular Sem Obturação Retrógrada (por raiz)  
Amputação Radicular Com Obturação Retrógrada (por raiz)  
Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Cruenta  
Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Incruenta  
Excisão de Mucocele  
Excisão de Rânula  
Cirurgia de Tumor Odontogênico Misto Intra-ósseo (Odontoma e Osteoma) e Tecidos Moles da Boca  
Tratamento/Cirurgia de Cisto de Desenvolvimento (Enucleação)

Tratamento/Cirurgia de Cisto - Marsupialização e Enucleação Final  
Odonto-Secção (por elemento)  
Cirurgia de Aprofundamento de Sulco  
Remoção de cálculo salivar  
Ulotomia  
Exodontia Simples de 3º Molar  
Exodontia Simples de dente Supra Numerário Superior Direito  
Exodontia Simples de dente Supra Numerário Superior Esquerdo  
Exodontia Simples de dente Supra Numerário Inferior Direito  
Exodontia Simples de dente Supra Numerário Inferior Esquerdo  
Exodontia de dente Semi-Incluso Supranumerário Superior Direito  
Exodontia de dente Semi-Incluso Supranumerário Superior Esquerdo  
Exodontia de dente Semi-Incluso Supranumerário Inferior Direito  
Exodontia de dente Semi-Incluso Supranumerário Inferior Esquerdo  
Exodontia de dente Supra Numerário Inclusivo Superior Direito  
Exodontia de dente Supra Numerário Inclusivo Superior Esquerdo  
Exodontia de dente Supra Numerário Inclusivo Inferior Direito  
Exodontia de dente Supra Numerário Inclusivo Inferior Esquerdo  
Tratamento Cirurgico de Fístulas Buco Nasais ou Buco Sinusais

## **ENDODONTIA**

Tratamento Endodôntico Unirradicular  
Tratamento Endodôntico Birradicular  
Tratamento Endodôntico com 3 ou mais canais  
Retratamento por canal  
Tratamento de rizogênese incompleta (permitido 1 sessão por mês, por no máximo 6 meses, sempre acompanhado de radiografia)  
Tratamento de perfuração endodôntica  
Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal  
Pulpotomia  
Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo  
Retratamento Endodôntico Unirradicular (inclui a desobturação, instrumentação e obturação)  
Retratamento Endodôntico Birradicular (inclui desobturação, instrumentação e obturação)  
Retratamento Endodôntico com 3 ou mais canais (inclui desobturação, instrumentação e obturação)  
Remoção de Núcleo Intrarradicular

## **PRÓTESE**

Núcleo Metálico Fundido  
Restauração Metálica Fundida  
Coroa Total Metálica  
Coroa Provisória Unitária  
Coroa em Cerômero Metal Free Unitária (somente para dentes anteriores)  
Pino de retenção intra radicular rosqueável ou não (tipo flexi post)

---

**Além da Cobertura mínima acima elencada, o Beneficiário inscrito no Plano Integral CP IFRD terá direito, também, às coberturas a seguir previstas:**

## **DIAGNÓSTICO**

Perícia Inicial/Final

## **DENTÍSTICA**

Consulta para Técnica de Clareamento Caseiro (equivale a 04 consultas)  
Fechamento de Diastema

## **ODONTOPEDIATRIA**

Restauração Preventiva (ionômero + selante)  
Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel) - sem cobrança de manutenção mensal

## **RADIOLOGIA**

Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)  
Radiografia Panorâmica com Traçado  
Telerradiografia sem Traçado  
Telerradiografia com Traçado  
Telerradiografia Frontal sem Traçado  
Telerradiografia Frontal com Traçado  
Levantamento Periapical

Técnica de Localização  
Radiografia Mão e Punho  
ATM - Convencional (6 posições - transfacial/transcraneana)  
ATM - Convencional (3 posições - transfacial)  
ATM - Convencional (3 posições - transcraneana)  
Radiografia Panorâmica Especial para ATM

## **PREVENÇÃO**

Teste de risco de cárie - Contagem de S. mutans  
Controle Periódico de Tratamento Preventivo

## **PERIODONTIA**

Consulta de periodontia para determinação de índice de sangramento, de placa (Silness e Loe) e preenchimento de Periograma  
Proservação Pré-cirúrgica  
Enxerto Gengival por Elemento  
Retalho Deslizante por Elemento  
Manutenção de tratamento periodontal

## **CIRURGIA**

Remoção de Hiperplasias  
Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar  
Cirurgia a retalho c/ enxerto alógeno (especificar substância)  
Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica (inclui colagem do braquete)  
Redução de tuberosidade  
Consulta para semiologia

## **ENDODONTIA**

Clareamento Dental (dente desvitalizado)  
Troca de medicação intra-canal  
Preparo para Núcleo Intrarradicular (por elemento)

## **PRÓTESE**

Coroa de Jaqueta Acrílica

## Cláusula Oitava - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

**8.1.** A **ODONTOPREV** garante a cobertura de todos os procedimentos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei n.º 9656/98, além dos constantes do Rol Odontológico, editado pela ANS, bem como assegura 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, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

Assegura-se, ainda, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista nos casos em que for necessária, por determinação clínica, estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, excetuando-se os procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente, à época do evento, para a segmentação hospitalar.

**Em qualquer hipótese, os procedimentos abaixo listados, não serão cobertos:**

Procedimentos buco-maxilares;  
Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos vigente à época do evento;  
Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;  
Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;  
Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;  
Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;  
Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;  
Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;  
Consultas domiciliares;

Estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios que necessitem de internação por imperativo clínico;  
Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;  
Implantes e transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias;

## Cláusula Nona - DA CARÊNCIA

**9.1.** Os beneficiários cumprirão os prazos de carência indicados na proposta de adesão, contados a partir da data da assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do presente Contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

## Cláusula Décima - DO REEMBOLSO PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**10.1.** Entende-se como casos de urgência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica, para a supressão de dor intensa e processos hemorrágicos. E como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico, com risco de vida do paciente.

**10.2.** O presente Contrato garante, cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os atendimentos de urgência e emergência na Rede Credenciada **ODONTOPREV**.

**10.3.** A **ODONTOPREV** assegurará o reembolso, de acordo com a Tabela de Procedimento, das despesas efetuadas pelo beneficiário nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da Rede Credenciada Odontoprev, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano de Benefícios, sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela **ODONTOPREV** junto a sua Rede Credenciada.

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

- declaração assinada pelo Beneficiário onde afirme a impossibilidade de utilização da rede credenciada;
- recibo ou nota fiscal;
- nome do beneficiário atendido;
- nome do titular ou responsável pelo Contrato;
- valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
- laudo descrito do atendimento realizado, emitido e assinado pelo dentista, em papel timbrado;
- CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clínica;
- data da realização do evento.

**10.5.** O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

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

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

- Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
- Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose;
- Imobilização dentária temporária;
- Recimentação de trabalho protético;
- Tratamento de alveolite;
- Colagem de fragmentos;
- Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
- Incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- Reimplante de dente avulsionado.

## **Cláusula Décima Primeira - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO JUNTO À REDE CREDENCIADA**

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

**11.2.** O ônus decorrente da ausência do beneficiário a qualquer consulta, será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista integrante da Rede Credenciada Odontoprev, o direito de cobrar o equivalente a 01 (uma) consulta inicial, cujo valor seguirá ao da Tabela de Procedimentos da **ODONTOPREV**.

**11.3.** No ato da consulta o beneficiário deverá apresentar um documento de identidade oficial com fotografia e o número da inscrição indicado na Proposta de Adesão.

**11.4.** Os procedimentos abaixo identificados devem ser submetidos à prévia aprovação da **ODONTOPREV** para que possam ser realizados:

- a) Aplicação tópica de flúor;
- b) Aplicação de selante;
- c) Raspagem e curetagem sub-gengival;

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

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

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

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

**11.7.** Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada da **ODONTOPREV**, o beneficiário poderá consultar a Central de Atendimento da **ODONTOPREV**, cuja ligação é gratuita e o número está indicado na Proposta de Adesão, ou ainda pelo site da **ODONTOPREV** no seguinte endereço: [www.odontoprev.com.br](http://www.odontoprev.com.br)

**11.8.** Coparticipação é a parte efetivamente paga pelo **CONTRATANTE**, referente à realização de determinado procedimento odontológico. Será de responsabilidade do **CONTRATANTE** o pagamento da coparticipação, nos procedimentos e percentuais indicados na Proposta de Adesão. Os percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo da ANS vigente à época da contratação.

## **Cláusula Décima Segunda – DO PREÇO DA MENSALIDADE E DA FORMA DE PAGAMENTO**

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

**12.2.** No ato de assinatura da Proposta de Adesão, o **CONTRATANTE** deverá pagar, através de cheque, dinheiro ou cartão, a Taxa de Implantação e a primeira mensalidade, ambas calculadas de acordo com o número de beneficiários inscritos.

**12.3.** As mensalidades subsequentes a primeira terão como data de vencimento o mesmo dia em que foi feito o pagamento da primeira mensalidade, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas da forma escolhida pelo **CONTRATANTE** na Proposta de Adesão.

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

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

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

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

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

## **Cláusula Décima Terceira - DO REAJUSTE**

**13.1.** O reajuste do valor da mensalidade estipulado na Proposta de Adesão, ocorrerá anualmente, de acordo com o IGPM, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas.

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

**13.3.** A **ODONTOPREV**, nos termos da RN n.º 172/08 expedida pela ANS, comunicará o percentual de reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**13.4.** Caso o índice pactuado sofra descontinuidade na apuração, a **ODONTOPREV** oferecerá ao beneficiário através de termo aditivo a este Contrato, um novo índice oficial divulgado por uma instituição externa. A não manifestação do beneficiário quanto à cláusula proposta, no prazo de **15 (quinze) dias** do recebimento do referido termo aditivo, implicará na adoção, para fins de reajuste, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE.

**13.5.** A **ODONTOPREV** manterá por 05 (cinco) anos o comprovante de recebimento pelo beneficiário titular da proposta de termo aditivo.

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

#### **Cláusula Décima Quarta - DA VIGÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

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

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

#### **Cláusula Décima Quinta - DA RESCISÃO DO CONTRATO**

**15.1.** O **CONTRATANTE** poderá rescindir o presente Contrato antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses, mediante o pagamento à **ODONTOPREV** da multa no valor correspondente a

20% (vinte) por cento das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.

**15.2.** A **ODONTOPREV** poderá rescindir o presente Contrato, independentemente de qualquer notificação, extrajudicial ou judicial, sem qualquer direito a indenização ao **CONTRATANTE** e acarretando a este a obrigação do pagamento à **ODONTOPREV** da multa prevista no item 15.1. supra, nas seguintes hipóteses:

**a)** por fraude comprovada, perdendo o **CONTRATANTE** e seus beneficiários, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais;

**b)** por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o 50º dia da inadimplência.

#### **Cláusula Décima Sexta - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**16.1.** A **ODONTOPREV** tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de prestadores em sua Rede Credenciada, sendo certo que as informações sobre a Rede Credenciada atualizada poderá ser obtida através da Central de Atendimento da **ODONTOPREV**, cuja ligação é gratuita e o número está indicado na Proposta de Adesão ou através do site [www.odontoprev.com.br](http://www.odontoprev.com.br).

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

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

**16.4.** A não execução imediata de qualquer dos direitos previstos no presente Contrato, por qualquer das partes, não será entendida como transação, novação e/ou renúncia de direitos, mas apenas e tão somente como ato de tolerância.

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

### **Cláusula Décima Sétima - DO FORO**

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

Este Contrato de Plano Odontológico Modalidade Individual ou Familiar encontra-se devidamente protocolado sob o n.º 544.294 e registrado em micro filme sob o n.º 590.162, no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, Estado de São Paulo.