CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- Plano Odontológico -

Registro da Operadora na ANS n.° **30.194-9**

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
CONDIÇÕES ESPECIAIS

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, as partes:

CONTRATANTE, CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS SECAO DO PARANA, com sede no Município de Curitiba, no Estado do Paraná, na Rua Brasilino Moura, n.° 253, Bairro Ahu, CEP: 80.540-340, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 76.688.936/0001-19, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, e;

CONTRATADA, ODONTOPREV S.A., com sede no município de Barueri, no Estado de São Paulo, na Alameda Tocantins, n.° 125, 15° andar, Centro Empresarial de Alphaville, CEP: 06.455-020, inscrita no CNPJ/MF sob n.° 58.119.199/0001-51, registrada, nos termos da Lei n.° 6.839/80, no Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo sob o n.° 2.728, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos;

Em atenção ao disposto nas Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico (Contrato), ao qual estas Condições Especiais integram para todos os fins e efeitos de direito, têm entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

1. Plano(s) Contratado(s):

1.1. O(s) Plano(s) contratado(s) e regido(s) pelo Contrato é(são):

Plano Odontológico Coletivo Empresarial, de natureza não-contributária, com utilização exclusiva em rede de profissionais odontólogos, denominado INTEGRAL CERD, com registro do produto na ANS sob o n.° 4[illegible] 862/98, [illegible] denominado simplesmente **Plano Integral**.

1.2. Nos termos do item 6.3. da Cláusula Sexta das Condições Gerais do Contrato, o Beneficiário incluído no Plano de Benefícios descrito no item 1.1. supra, além dos eventos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, terá direito às coberturas elencadas nos "Procedimentos Cobertos", conforme documento constante ao final deste instrumento.

1.3. Nos termos do item 12.1.1. da Cláusula Décima Segunda das Condições Gerais do Contrato, para a utilização dos procedimentos odontológicos relacionados nos "Procedimentos Cobertos" não será exigido o cumprimento de qualquer período de carência.

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

Ilda Rogaszkiewicz
Financeiro CAA/PR

Fernando Vianna Dias Cardoso
Gerente de Desenv. de Mercado

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

2. Conforme previsto na Cláusula Décima Sexta das Condições Gerais do presente Contrato, a **CONTRATANTE** compromete-se a remunerar mensalmente a **CONTRATADA** pelo(s) Plano(s) contratado(s) de acordo com o que segue:

2.1. A(s) taxa(s) mensal(ais) será(ão) a(s) seguinte(s), para um Grupo de Beneficiários de 54 (cinqüenta e quatro) pessoas, num Grupo Total de Associáveis de 54 (cinqüenta e quatro) pessoas:

R$ 16,83 (dezesseis reais e oitenta e três centavos) por Beneficiário Titular, inscrito no **Plano Integral,** identificado exclusivamente para fins de relatórios e/ou documentos fiscais como Plano Integral CORD e para a Carteira de Identificação do Beneficiário como Integral CO RD.

3. O valor da Unidade Odontológica - U.O. para a Tabela de Procedimentos de Ressarcimento - T.P.R. é de **R$ 0,47** (quarenta e sete centavos).

4. As alterações no quadro de Beneficiários em virtude de novas admissões, alterações ou exclusões serão comunicadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em listagens, via magnética ou Internet, encaminhadas até o dia 20 (vinte) de cada mês.

4.1 O Beneficiário incluído até o dia 20 (vinte) de cada mês somente terá direito à utilização das coberturas do Plano de Benefícios em que tenha sido inscrito no dia 01 (um) do mês imediatamente subseqüente.

4.2 O Beneficiário incluído no Plano de Benefícios fora dos prazos previstos no item 12.1., da Cláusula Décima Segunda das Condições Gerais do Contrato, somente terá direito à utilização das coberturas do Plano de Benefícios em que tenha sido inscrito após o cumprimento de um período de carência de 90 (noventa) dias, contados da data de inscrição do Beneficiário no Plano de Benefícios.

5. O pré-pagamento do faturamento mensal à **CONTRATADA** deverá ser efetuado até o dia 05 (cinco) de cada mês, mediante apresentação de Fatura por parte da **CONTRATADA** com pelo menos 05 (cinco) dias de antecedência.

6. O início de vigência do Contrato é **1º de agosto de 2011**.

A assinatura, pelas partes, destas Condições Especiais, bem como a rubrica de todas as folhas das Condições Gerais, formam o Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, permanecendo integralmente válidas todas as cláusulas e condições estabelecidas nas Condições Gerais que não tenham sido expressamente alteradas nas Condições Especiais.

Vda. Robaszkiewicz
Financeiro CAA/PR

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

ODONTOPREV
JURÍDICO

E, por estarem justas e contratadas, assinam as partes estas Condições Especiais juntamente com as Condições Gerais e demais anexos, Instrumentos que constituem o Contrato, em **02 (duas) vias de** igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o firmam.

Barueri/SP, 1º de agosto de 2011.

CONTRATANTE:

Nome: **José Augusto Araújo de Noronha**
cargo: **Presidente da CAA/PR**

Nome:
cargo:

CONTRATADA:

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

Dr. José Maria Benozatti
Diretor Clínico Operacional

TESTEMUNHAS:

Nome: WAGNER FERREIRA DE [illegible]
RG: 17.593.614-6

Nome: Mônica do Socorro Leal de Souza
RG: 2.140.941

Renato Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

Esta lauda integra o Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, firmado em 01.08.2011 entre a OdontoPrev S.A. e a Caixa de Assistência dos Advogados Seção do Paraná.

Silvia Robaszkiewicz
Financeiro CAA/PR

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

ODONTOPREV JURÍDICO

PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO

PLANO INTEGRAL

OdontoPrev
Quem confia sorri

■ CIRURGIA
Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
Consulta de Especialista em Estomatologia
Redução de Tuberosidade
Remoção de corpo estranho no seio maxilar

■ DENTÍSTICA
Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
Núcleo de preenchimento para restauração
Restauração de pino

■ EMERGÊNCIA
Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM

■ ENDODONTIA
Clareamento de dente desvitalizado

■ ODONTOLOGIA LEGAL
Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria

Adequação de Meio
Mantenedor de espaço fixo
Mantenedor de espaço removível

■ PERIODONTIA
Consulta de Especialista em Periodontia
Consulta e raspagem sub-gengival com polimento radicular
Consulta e raspagem supra gengival por arcada (Manual e/ou Ultrasom) com profilaxia
Enxerto conjuntivo subepitelial
Enxerto gengival livre
Enxerto pediculado
Manutenção Periodontal
Sepultamento radicular

■ PREVENÇÃO
Consulta e Profilaxia por arcada
Orientação de Higiene Bucal (técnica de escovação e bochecho com flúor)
Teste de capacidade tampão da saliva
Teste de contagem microbiológica

Renato Vianna Dias Carlos
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

OdontoPrev
Quem confia sorri.

PRÓTESE DENTÁRIA

Coroa total acrílica prensada

RADIOLOGIA

Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)
Panorâmica Especial para ATM
Radiografia da ATM
Radiografia da mão e punho - carpal
Radiografia panorâmica de mandibula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
Técnica de localização radiográfica
Telerradiografia
Telerradiografia com traçado cefalométrico

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

Hugo Rabaszkiewicz
Procurador CAA/PR

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- Plano Odontológico -

Registro da Operadora na ANS n.º **30.194-9**

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula Primeira
DO OBJETO

1.1. Garantir a prestação continuada da assistência odontológica, aos Beneficiários da **CONTRATANTE**, nos termos do Inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, através de meios de execução próprios e/ou credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados, e/ou, ainda, através do acesso à Livre Escolha de Prestadores, observado o rol de procedimentos odontológicos vigente à época do evento.

1.2. São partes integrantes e inseparáveis do presente Contrato as presentes seus respectivos anexos e as Condições Especiais.

Cláusula Segunda
DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO

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

Cláusula Terceira

3.1. CONTRATADA/OPERADORA

Contrato, que assume os riscos das garantias objeto deste Contrato.

3.2. CONTRATANTE

que contrata os produtos da **CONTRATADA**, em benefício da população delimitada e vinculada à ela por relação

É o conjunto de Beneficiários da **CONTRATANTE** elegíveis ao Plano de Benefícios por ela contratado, conforme definido neste Contrato, homogêneo a uma ou mais formas de vinculação à própria **CONTRATANTE**.

3.4. GRUPO DE BENEFICIÁRIOS

É, a qualquer tempo,
Benefícios esteja em vigor.

3.5. BENEFICIÁRIO

3.5.1. BENEFICIÁRIO TITULAR

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

Renato Velasco Dias Gonçalves
Diretor de Desenvolvimento de Negócios

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

ODONTOPREV JURÍDICO

3.5.2. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

3.5.3. BENEFICIÁRIO AGREGADO

Respeitada a condição de elegibilidade disposta no item 3.5.2., poderão ser considerados Beneficiários Agregados, os indivíduos que possuam com o Beneficiário Titular relação de parentesco até o terceiro grau consanguíneo ou até o segundo grau por afinidade, a seguir elencados: Pai, Mãe, Avós(ós), Netos(as), Bisavôs(ós), Bisnetos(as), Irmãos(ãs), Tios(as), Sobrinhos(as), Sogro(a), Cunhados(as), Filhos que não mais se enquadrem na condição de Beneficiário Dependente, desde que devidamente contratados e elencados nas Condições Especiais.

3.6. PRESTADOR

É toda Pessoa Física ou Jurídica legalmente constituída e habilitada para prestar serviços de assistência odontológica.

Cláusula Quarta
DEFINIÇÕES

4.1. CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

É constituído pelas presentes Condições Gerais, Condições Especiais, Termo de Opção do Beneficiário, Manual do Usuário, Manuais de Rede Credenciada, Guia de Leitura Contratual, Formulário de Requisição de Reembolso/Ressarcimento, bem como os demais documentos necessários a operação deste Contrato.

4.2. PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

É aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo ser de natureza contributária ou não-contributária.

4.2.1 PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL DE NATUREZA CONTRIBUTÁRIA

É aquele em que o Beneficiário contribui financeiramente, integral ou parcialmente, para o Plano de Benefícios, sendo certo que a **CONTRATANTE** será a única responsável pelo pagamento do valor integral da contribuição mensal à **CONTRATADA.**

4.2.2. PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL DE NATUREZA NÃO-CONTRIBUTÁRIA

É aquele em que o pagamento da contribuição mensal é feito integralmente pela **CONTRATANTE**, não havendo qualquer contribuição financeira pelo Beneficiário, ressalvadas as hipóteses de co-participação.

4.3. PLANO DE BENEFÍCIOS

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

4.4. TERMO DE OPÇÃO

É o documento pelo qual o componente do Grupo Associável opta pela sua inclusão em um Plano Coletivo Empresarial de natureza contributária e informa seus dados pessoais, e de seus dependentes, para análise da **CONTRATADA**.

4.5. PROCEDIMENTOS

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

Renato Velloso Dias Carrosso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

4.6. TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS

É composta de Instruções gerais e das Tabelas de Procedimentos. Define quais serão os valores básicos unitários por procedimento, para pagamento de honorários dos cirurgiões-dentistas, de laboratórios e materiais, contendo também a indicação dos procedimentos que dependem de autorização prévia da Operadora para sua realização. É, em qualquer hipótese, o instrumento único para pagamentos, reembolsos e ressarcimentos das despesas odontológicas efetuadas pelos Beneficiários. Esta tabela poderá ser alterada com aviso prévio de 30 (trinta) dias, em função de revisões periódicas dos custos e procedimentos.

4.6.1. TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS (T.P.C.)

É o conjunto de valores básicos, divididos por procedimentos, utilizados pela **CONTRATADA**; para pagamento ao Prestador, bem como para cálculo de valores de co-participações.

4.6.2. TABELA DE PROCEDIMENTOS DE REEMBOLSO (T.P.RE.)

É o conjunto de valores, definidos em Unidades Odontológicas – U.O., divididos por procedimentos, utilizados para reembolsos ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios com direito à Livre Escolha de profissionais odontólogos.

4.6.3. TABELA DE PROCEDIMENTOS DE RESSARCIMENTO (T.P.R.)

É o conjunto de valores, definidos em Unidades Odontológicas – U.O., divididos por procedimentos, utilizados para ressarcimentos ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios sem direito de Livre Escolha de profissionais odontólogos.

4.6.4. UNIDADES ODONTOLÓGICAS – U.O.

U.O. - Unidades Odontológicas são as unidades utilizadas pela **CONTRATADA** para determinação do valor a ser pago ao Cirurgião-Dentista credenciado, mediante a multiplicação da quantidade de U.O. de cada evento odontológico, efetivamente realizado em Beneficiários inscritos no Plano de Benefícios, pelo valor em moeda corrente nacional previamente negociado com aquele mesmo Cirurgião-Dentista.

4.7. COBERTURA

São os procedimentos que têm garantia do pagamento, reembolso ou ressarcimento das despesas com assistência odontológica, conforme o Plano de Benefícios efetivamente contratado pela **CONTRATANTE**, e estabelecido nas Condições Especiais do Contrato.

4.8. PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

São os procedimentos não inclusos no Plano de Benefícios efetivamente contratado pela **CONTRATANTE** que serão pagos pelo Beneficiário diretamente ao Prestador, sendo certo que em razão da condição de Beneficiário devidamente ativo no banco de dados da **CONTRATADA** (Operadora) poderá haver condição especial de pagamento para os procedimentos não cobertos, de acordo com a negociação com o profissional odontólogo (Prestador).

4.9. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

É o conjunto de procedimentos odontológicos realizados na assistência à saúde oral do Beneficiário.

4.10. EVENTO

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

4.11. ACIDENTE

É o evento externo, individual, involuntário e violento que gera a necessidade de assistência odontológica.

4.12. DOENÇA

É o evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência odontológica.

Ilda Rotaszkiewicz
Gerente CAA/PR

Kenedy Velozo Dias Calcioli
Diretor de Desem. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

4.13. EMERGÊNCIA

Entende-se como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há a necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de preparo cirúrgico, com risco imediato à vida do paciente e/ou de lesões

4.14. URGÊNCIA

Entende-se como casos de urgência clínica ou cirúrgica aqueles em que há a necessidade de atuação

4.15. REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES

É o grupo de Prestadores, constituído de profissionais e estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, colocados à disposição dos Beneficiários para prestar-lhes assistência odontológica.

4.16. REEMBOLSO

Escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistencia odontológica, por ele efetuadas em Prestador não integrante da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, decorrente de eventos cobertos, até os limites estabelecidos naquele mesmo Plano de Benefícios contratado.

4.17. RESSARCIMENTO

Entende-se por ressarcimento o pagamento ao Beneficiário inscrito em Plano de Benefícios sem direito a Livre Escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistência odontológica, por ele efetuadas com profissional odontólogo não integrante da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, decorrente de eventos cobertos, inclusive dos casos de urgência e emergência, até os limites estabelecidos na Tabela de Procedimentos de Ressarcimento - T.P.R.

4.18. CARÊNCIA

qual o Beneficiário não tem direito às coberturas contratadas.

4.19. CONTRIBUIÇÃO MENSAL

A contribuição mensal é a importância paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** para que os Beneficiários tenham direito às coberturas dos respectivos Planos de Benefícios.

4.20. CO-PARTICIPAÇÃO

Co-participação é a parte efetivamente paga pelo Beneficiário referente à realização do procedimento, nos termos da Resolução CONSU n.º 08, publicada pela ANS em 04 de novembro de 1998.

Cláusula Quinta
CARACTERÍSTICA DO PLANO

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

5.2. A segmentação assistencial pertinente ao presente Contrato é Odontológica.

5.3. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do(s) Plano(s) Contratado(s) é aquela constante das Condições Especiais.

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

Cláusula Sexta
DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1. É assegurada aos Beneficiários incluídos no presente Contrato a cobertura:
a) dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98;

Ilda Robaszkiewicz
Financeiro CAA/PR

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

Renato Luiz Dias Carvalho
Diretor de Desenv. de Mercado

ODONTOPREV JURÍDICO

b) dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS (Anexo I), vigente à época do evento; e ainda,
c) 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.

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

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

6.4. Além da Cobertura de que tratam os itens 6.1., 6.2. e 6.3. supra, o Beneficiário terá direito, também, às coberturas mais amplas previstas nas Condições Especiais, conforme o Plano de Benefícios contratado:

Cláusula Sétima
DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

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

- Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológico vigente à época do evento;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Consultas domiciliares;
- Estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção apenas e tão somente dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para a realização de tais procedimentos, desde que estes não estejam listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias;
- Procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional.

Cláusula Oitava
DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Ilda Robeszkiewicz
Tabelião CAA/PR

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

ODONTOPREV JURÍDICO

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

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

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

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

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

8.3. As alterações no quadro de Beneficiários em virtude de novas admissões, alterações ou exclusões serão comunicadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em listagens, via magnética ou Internet, encaminhadas até a data ajustada nas Condições Especiais do presente Contrato, segundo formulário padrão adequado a esta finalidade disponibilizado pela **CONTRATADA**, comprometendo-se esta a emitir e entregar os cartões de identificação no prazo de 10 (dez) dias após a referida data de movimentação.

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

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

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

a) rescisão do presente Contrato;
b) término do vínculo com a **CONTRATANTE**, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos de natureza contributária, nos termos previstos da Lei 9.656/98, cabendo à **CONTRATANTE** comunicar aos Beneficiários as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da referida Lei;
c) fraude comprovada, perdendo o Beneficiário quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, sem prejuízo das conseqüências e responsabilidades legais;
d) solicitação à **CONTRATANTE**, por escrito, feita pelo Beneficiário Titular inscrito em Plano de Benefícios de natureza contributária:
   d.1) A exclusão realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da inscrição do Beneficiário no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar da **CONTRATANTE**, a título de cláusula penal, o correspondente ao valor da contribuição mensal "per capita" ajustada no contrato, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis);
   d.2) O Beneficiário Titular excluído nos termos da alínea "d", somente poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios na data de aniversário do Contrato, mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência para grupos menores ou iguais a 30 (trinta) vidas, ou para os eventos que extrapolem o Rol de Procedimentos Odontológicos, previsto no Anexo I destas Condições Gerais.

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

a) mediante exclusão do Beneficiário Titular do Plano de Benefícios, qualquer que seja o motivo;
b) deixando o Beneficiário Dependente de preencher os seguintes requisitos necessários para que seja assim considerado: cônjuge ou companheiro(a) do Beneficiário Titular, conforme legislação vigente, bem como filhos(as), enteados(as) ou tutelados(as), dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R. e que sejam solteiros até 24 (vinte e quatro) anos de idade;
c) fraude comprovada, perdendo o Beneficiário quaisquer direitos previstos neste Contrato, sem prejuízo das conseqüências e responsabilidades legais;
d) solicitação, por escrito, feita pelo Beneficiário Titular à **CONTRATANTE**;
   d.1) A exclusão realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da inscrição do Beneficiário Dependente no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar da **CONTRATANTE**, a título de cláusula penal, o correspondente ao valor da contribuição mensal "per capita" ajustada no contrato, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis);

José Augusto Araújo de Nebrenha
Presidente da CPL

d.2) O Beneficiário Dependente excluído nos termos da alínea "d", somente poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios na data de aniversário do Contrato, mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência para grupos menores ou iguais a 30 (trinta) vidas, ou para os eventos que extrapolem o Rol de Procedimentos Odontológicos, previsto no Anexo I destas Condições Gerais.

8.8. A **CONTRATANTE** é responsável pela solicitação de suspensão ou exclusão do(s) Beneficiário(s) Titular(es) e/ou Dependente(s) do Contrato, excetuando-se as hipóteses previstas nas alíneas "b" e "c" dos itens 8.6. e 8.7. supra, nas quais a **CONTRATADA** poderá suspender ou excluir o(s) Beneficiário(s) Titular(es) e/ou Dependente(s), independentemente de solicitação prévia e/ou anuência da **CONTRATANTE.**

8.9 Quando da exclusão, a **CONTRATANTE** deverá recolher e inutilizar os cartões de identificação do(s) Beneficiário(s).

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

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

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

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

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

Cláusula Nona
DOS BENEFICIÁRIOS EMPREGADOS DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

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

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

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

9.4. O período de permanência no mesmo Plano de Benefícios para o beneficiário aposentado observará:
a) Se o aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período igual ou superior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no mesmo Plano, juntamente com seus Dependentes, por prazo indeterminado.
b) Se o aposentado contribuiu para o Plano de Benefícios por período inferior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no mesmo Plano, juntamente com seus Dependentes, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

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

9.6. O benefício do artigo 30 e 31 da Lei 9.656/98 deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em outro emprego.

Ilda Rohaszkiewicz
Financeiro CAA/PR

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

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

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

9.9. A **CONTRATANTE** declara ter ciência de que deverá dar conhecimento ao Beneficiário que preencha os requisitos para permanência no Plano de Benefícios, quando da formalização da rescisão de seu respectivo Contrato de Trabalho.

9.10. Em caso de cancelamento do plano coletivo, possuindo a **CONTRATADA** à época da rescisão plano de contratação individual ou familiar, disponibilizará este plano de contratação individual ou familiar ao universo de Beneficiários até então inclusos no contrato coletivo rescindido, respeitadas as condições comerciais relativas ao plano individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos períodos de carência.

Cláusula Décima
DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

10.1. A identificação de Beneficiários da **CONTRATANTE** far-se-á pelo Cartão de Identificação do Beneficiário, acompanhado de um documento de identidade oficial com fotografia.

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

Cláusula Décima Primeira
MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

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

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

11.2.1. A resposta à solicitação de autorização prévia será emitida pela **CONTRATADA** 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 **CONTRATADA** da documentação abaixo relacionada:
i) parecer devidamente assinado pelo profissional odontólogo assistente, que demonstre o justo motivo para a realização do referido tratamento e;
ii) das radiografias que comprovem a necessidade do referido tratamento, se o caso.

11.3. Caso o plano contratado possua co-participação, o percentual desta e o rol de eventos a que se aplica, constará das Condições Especiais.

Cláusula Décima Segunda
CARÊNCIAS

12.1. Fica estabelecido entre as partes que, nos termos da legislação expedida pela ANS, para o Plano Coletivo Empresarial, com número de Beneficiários inscritos maior ou igual a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento de prazo de carência para a relação de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias do início de vigência do presente Contrato ou de sua vinculação/admissão à **CONTRATANTE**, no caso de Beneficiário Titular, ou da vinculação do Beneficiário Dependente ao Beneficiário Titular, nos termos do subitem 8.2.1.

Renato Velloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

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

12.2. Fica estabelecido entre as partes que, após o transcurso dos prazos definidos no item 12.1. supra, poderá ser exigido, do Beneficiário que opte pela sua inclusão no plano coletivo empresarial, o cumprimento de um período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias para quaisquer eventos, a depender do Plano de Benefícios contratado, exceto para procedimentos em caráter de urgência e/ou emergência, quando não será exigido o cumprimento de qualquer período de carência.

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

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

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

Cláusula Décima Terceira
DA RESPONSABILIDADE SOBRE OS ATENDIMENTOS

13.1. A **CONTRATADA** somente se responsabilizará pela qualidade dos procedimentos odontológicos realizados pelos integrantes da sua Rede Credenciada. Os procedimentos realizados por profissionais não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA** serão de integral responsabilidade do Beneficiário.

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

Cláusula Décima Quarta
URGENCIAS E EMERGENCIAS

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

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

14.2.1. O ressarcimento será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** da seguinte documentação, a qual deverá estar acompanhada das radiografias iniciais e finais dos procedimentos realizados, visualizáveis radiograficamente:
(i)via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);
(ii) formulário de Requisição de Ressarcimento (Anexo III) devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável, segundo as normas descritas no verso deste formulário.

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

Cláusula Décima Quinta
DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO EM LIVRE ESCOLHA E REDE CREDENCIADA

15.1. O Beneficiário inscrito no Plano de Acesso à Livre Escolha de Prestadores poderá realizar tanto na Rede Credenciada da **CONTRATADA** como em profissionais odontólogos não integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, todos os procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios, incluindo os

Ida Rohaszkiewicz
Financeiro CAA/PR

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

procedimentos elencados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, bem como os eventos constantes das Condições Especiais, conforme o plano em que esteja incluído.

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

15.3. A Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.R.E. encontra-se registrada no Cartório de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri sob o n.º 599.218, além do cartório a tabela está disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede da **CONTRATANTE**, bem como na sede da **CONTRATADA**.

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

15.5. O reembolso das despesas a que alude a presente cláusula será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega obrigatória à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** da seguinte documentação:

a) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou entidade não credenciada pela **CONTRATADA** (recibos e/ou notas fiscais);

b) formulário de Requisição de Reembolso (Anexo III) devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável, segundo as normas descritas no verso deste formulário.

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

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

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

15.9. Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada da **CONTRATADA**, além do "Manual do Usuário" entregue a cada um dos Beneficiários Titulares da **CONTRATANTE**, poderá qualquer parte interessada consultar a Central de Atendimento da **CONTRATADA**, cuja ligação é gratuita, e ainda pelo site da **CONTRATADA**.

15.10. O procedimento de utilização dos serviços da Rede Credenciada dar-se-á através da identificação do Beneficiário a um Prestador pertencente à Rede Credenciada, sendo de responsabilidade da **CONTRATADA** o repasse a esse Prestador dos procedimentos cobertos pelo Plano de Benefícios em que o Beneficiário esteja inscrito e que tenham sido efetivamente neste último realizados.

15.11. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, esta será solicitada à **CONTRATADA** diretamente pelo Prestador e a resposta à solicitação de autorização do procedimento será dada, no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

15.12. Os procedimentos que requerem autorização prévia constam da Tabela de Honorários e Procedimentos, registrada no Cartório de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri sob o n.º 599.218, sendo que além do cartório a tabela está disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede da **CONTRATANTE**, bem como na sede da **CONTRATADA**.

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

15.14. Para que haja cobertura das despesas de atendimento odontológico havidos por Beneficiários da **CONTRATANTE** estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por Prestadores integrantes da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, cabendo a estes últimos a responsabilidade pelo tratamento realizado.

15.14.1. Quando da impossibilidade de utilização pelo Beneficiário inscrito em Plano de Benefício sem direito à Livre Escolha de Prestadores da Rede Credenciada da **CONTRATADA** por não haver Prestador na localidade em que aquele se encontra, a **CONTRATADA** procederá ao ressarcimento das despesas experimentadas pelo Beneficiário de acordo com a Tabela de Procedimentos de Ressarcimento - T.P.R. (Anexo II), obedecido ao disposto nos itens 14.2. e 14.3. supra.

15.15. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação à **CONTRATANTE** para a correta utilização dos Planos de Benefícios contratados.

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

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

DA REMUNERAÇÃO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE

pelo sistema de pré-pagamento, conforme legislação vigente.

16.1.1. O valor da contribuição mensal "per capita" constará nas Condiçoes Especiais do presente Contrato.

variação do preço da contribuição mensal "per capita".

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

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

16.5. O valor da contribuição mensal será discriminado em fatura emitida mensalmente, a qual, uma vez efetivamente aceita pela **CONTRATANTE**, dará à **CONTRATADA** o direito de, se assim julgar conveniente, sacar a respectiva duplicata.

16.6. O prazo para pagamento da fatura pela **CONTRATANTE**, bem como o prazo de envio da fatura pela **CONTRATADA** será objeto de negociações individuais com cada **CONTRATANTE** e constará das Condições Especiais.

16.7. Havendo atraso no pagamento de valores por parte da **CONTRATANTE**, sobre o montante total devido, atualizado monetariamente pela variação do índice aplicável aos débitos judiciais civis, serão acrescidos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento), sem prejuízo da

da **CONTRATADA**, até o efetivo pagamento.

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

ainda, tornar excessivamente oneroso o seu cumprimento, as partes obrigam-se a ajustar novas condições para presente Contrato, com o fim de restabelecer o equilíbrio contratual.

16.10. O valor da contribuição mensal contempla todos os tributos, diretos e indiretos, incidentes no Contrato, razão pela qual, na hipótese de criação, alteração ou extinção de tributos incidentes sobre a operação, ou, ainda, no caso de alteração de alíquotas dos tributos vigentes, as partes, desde já, ajustam que a diferença será aplicada na fatura do mês imediatamente subseqüente ao do início de vigência do novo tributo ou da alteração da alíquota, conforme o caso. Acordam as partes que a aplicação da diferença supra não configura reajuste e

de 12 (doze) meses.

16.11. A contribuição mensal prevista nas Condições Especiais do Contrato será reajustada na periodicidade admitida pela legislação então vigente, mediante apuração verificada no período analisado, na forma que segue:

16.11.1. A contribuição mensal será reajustada anualmente, pela aplicação da variação aferida pelo Índice de Preços ao Consumidor IPC, publicado pela FIPE, no mesmo período, ou, não sendo possível a sua utilização por qualquer motivo,
Fundação Getúlio Vargas – FGV.

16.11.2. A **CONTRATANTE** fica ciente de que, sem prejuízo do disposto no item 16.11.1., a **CONTRATADA** procederá a revisões anuais para apurar a sinistralidade do Contrato. Em se verificando sinistralidade superior a 60% (sessenta por cento), fica ajustado o quanto segue:

Renato Velosa Dias Carlos
Diretor de Desenv. de Mercado

ODONTOPREV

AAIPR

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

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

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

C.O. = repasse rede credenciada + ressarcimento e/ou reembolso (livre escolha) + custos laboratório de prótese + custos com materiais de consumo + impostos + PTCA + PTDA.

C.O.F. = C.O. corrigido pelo IPC/ FIPE (acumulado 12 meses anteriores).

Fat. = faturamento referente ao período anterior ao reajuste.

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

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

16.11.3. As partes reconhecem que o reajuste devido é o resultado obtido da aplicação cumulativa dos subitens 16.11.1 e 16.11.2.

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

Cláusula Décima Sétima
DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO

17.1. O prazo de vigência deste contrato é de 36 (trinta e seis) meses, renováveis automática e sucessivamente por iguais períodos, desde que nenhuma das partes denuncie este desejo por escrito com uma antecedência mínima de 90 (noventa) dias do término de sua vigência ou de suas renovações, ou mesmo ser rescindido de imediato, independentemente de qualquer aviso e/ou notificação, judicial ou extrajudicial, no eventual descumprimento das cláusulas e condições nele contidas por qualquer uma das partes.

17.2. O Contrato poderá, ainda, ser rescindido, a critério da **CONTRATADA**, independente de qualquer aviso e/ou notificação, judicial ou extrajudicial, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:
i) atraso da **CONTRATANTE** no pagamento de 02 (duas) Faturas ou mais;
ii) redução por parte da **CONTRATANTE** de 30% (trinta por cento) ou mais do seu Grupo de Beneficiários inscritos;
iii) descumprimento do prazo previsto no item 17.1.;
iv) descumprimento das cláusulas e condições contidas no presente Contrato;
v) pedido de falência, recuperação judicial, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial ou ainda, qualquer forma de cessação de atividades das partes.

17.3. A rescisão deste Contrato por parte da **CONTRATANTE**, antes do término do período vigente, sem que haja descumprimento pela **CONTRATADA** das cláusulas nele contidas, ou em qualquer das hipóteses previstas no item 17.2. ("i", "ii", "iii", "iv"), acarretará à **CONTRATANTE** o pagamento de multa no montante equivalente ao valor da média das últimas seis contraprestações devidas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, multiplicado pelo número de meses restantes contados da rescisão até a data do término do referido período em vigor, limitado à metade do período contratual vigente.

17.3.1. Além da penalidade prevista no item 17.3., a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pelo ressarcimento à **CONTRATADA** dos valores dos tratamentos realizados no período contratual vigente que excederem ao limite de 60% (sessenta por cento) de sinistralidade.

17.4. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o contrato pelo prazo mencionado no item 17.1., a **CONTRATADA** não iniciará novos tratamentos, utilizando este lapso temporal para encerrar os tratamentos já iniciados em sua Rede Credenciada, assegurando-se atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência.

Velosa Dias Cerqueira
Gerente de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

17.5. Fica desde já estabelecido que, uma vez denunciado o Contrato pelos prazos mencionados nos itens 17.1., a **CONTRATADA** não admitirá movimentações cadastrais de exclusões sem justo motivo, assim entendidas todas as exclusões que não configurem perda do vínculo do Beneficiário com a **CONTRATANTE**.

17.6. O prazo de vigência deste Contrato poderá ser convencionado de maneira diversa, mediante expresso acordo entre as partes contratantes, caso em que constará das Condições Especiais.

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

Cláusula Décima Oitava
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

18.2. Por se tratar de Plano Coletivo Empresarial, a **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer plenamente ao seu Grupo de Beneficiários, todos os direitos e obrigações oriundos do presente Contrato, bem como entregar o Guia de Leitura Contratual – GLC (Anexo IV), em meio físico ou digital, juntamente com o Cartão de Identificação do Beneficiário Titular.

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

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

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

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

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

Cláusula Décima Nona
DO FORO

19. Fica eleito o Fórum Central da Comarca da Capital do Estado de São Paulo, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas deste Contrato.

E, por estarem justas e contratadas, assinam as partes o presente Contrato em suas Condições Especiais, em tantas vias quantas especificadas e na presença das testemunhas indicadas também nas Condições Especiais, rubricando todas as folhas destas Condições Gerais e dos Anexos ao presente.

José Augusto Araújo de Noronh
Presidente da CRA

Renato Moses Dias Carrico
Diretor de Desenv. de Mercado

Ildo Rohestkiewicz

ODONTOPREV JURÍDICO

Anexo I

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde
Plano Odontológico

" Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar"

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO ROL MÍNIMO ANS

OdontoPrev
Quem confia sorri.

CIRURGIA

Alveoloplastia
Amputação radicular com obturação retrógrada
Amputação radicular sem obturação retrógrada
Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
Aprofundamento/aumento de vestibulo
Biópsia de boca
Biópsia de glândula salivar
Biópsia de labio
Biópsia de lingua
Biópsia de mandibula
Biópsia de maxila
Bridectomia
Bridotomia
Cirurgia para exostose maxilar
Cirurgia para torus mandibular – bilateral
Cirurgia para torus mandibular – unilateral
Cirurgia para torus palatino
Coleta de raspado em lesões ou sitios especificos da região buco-maxilo-facial
Cunha proximal
Diagnóstico e tratamento de estomatite herpetica
Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
Diagnóstico e tratamento de halitose
Diagnóstico e tratamento de xerostomia
Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
Exérese ou excisão de cálculo salivar
Exérese ou excisão de cistos odontológicos
Exérese ou excisão de mucocele
Exérese ou excisão de rânula
Exodontia a retalho
Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
Exodontia de raiz residual
Exodontia simples de permanente
Frenulectomia labial
Frenulectomia lingual
Frenulotomia labial
Frenulotomia lingual
Odonto-secção
Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
Reconstrução de sulco gengivo-labial
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
Remoção de dentes inclusos / impactados
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
Remoção de odontoma
Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal
Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal
Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - (sem reconstrução)
Ulectomia
Ulotomia

DENTÍSTICA

Ajuste Oclusal por acréscimo
Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
Capeamento pulpar direto
Faceta direta em resina fotopolimerizável
Remoção de trabalho protético
Restauração de amálgama - 1 face
Restauração de amálgama - 2 faces
Restauração de amálgama - 3 faces
Restauração de amálgama - 4 faces
Restauração em ionômero de vidro - 1 face
Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces

DIAGNÓSTICO

Consulta odontológica
Consulta odontológica inicial
Controle pós-operatório em odontologia
Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico

EMERGÊNCIA

Colagem de fragmentos dentários
Consulta odontológica de Urgência
Consulta odontológica de Urgência 24 hs
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Pulpectomia
Recimentação de trabalhos protéticos
Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
Reembasamento de coroa provisória
Reimplante dentário com contenção
Remoção de dreno extra-oral
Remoção de dreno intra-oral
Restauração temporária / tratamento expectante
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
Tratamento de alveolite
Tratamento de pericoronarite

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO

ROL MÍNIMO ANS

OdontoPrev
Quem confia sorri

■ ENDODONTIA

Curativo de demora em endodontia
Preparo para núcleo intrarradicular
Pulpotomia
Remoção de corpo estranho intracanal
Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
Remoção de núcleo intrarradicular
Retratamento endodôntico birradicular
Retratamento endodôntico multirradicular
Retratamento endodôntico unirradicular
Tratamento de perfuração endodôntica
Tratamento endodôndico de dente com rizogênese incompleta
Tratamento endodôntico birradicular
Tratamento endodôntico multirradicular
Tratamento endodôntico unirradicular

■ ODONTOPEDIATRIA

Aplicação de cariostático
Aplicação de selante - técnica invasiva
Aplicação de selante de fossulas e fissuras
Aplicação tópica de vernniz fluoretado
Condicionamento em Odontologia
Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
Controle de cárie incipiente
Coroa de acetato em dente deciduo
Coroa de acetato em dente permanente
Coroa de aço em dente deciduo
Coroa de aço em dente permanente
Coroa de policarbonato em dente deciduo
Coroa de policarbonato em dente permanente
Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especias em odontologia
Exodontia simples de deciduo
Pulpotomia em Dente Deciduo
Remineralização dentária
Restauração atraumática em dente deciduo
Restauração atraumática em dente permanente
Tratamento endodôntico em dente deciduo

■ PERIODONTIA

Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
Aumento de coroa clínica
Cirurgia odontológica a retalho
Cirurgia periodontal a retalho
Dessensibilização dentária
Gengivectomia
Gengivoplastia
Imobilização dentária em dentes deciduos
Imobilização dentária em dentes permanentes
Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
Raspagem supra-gengival
Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
Tratamento de abscesso periodontal agudo
Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA

■ PREVENÇÃO

Aplicação tópica de flúor
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
Atividade educativa em saúde bucal
Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
Controle de biofilme (placa bacteriana)
Profilaxia: polimento coronario
Teste de fluxo salivar

■ PRÓTESE DENTÁRIA

Coroa provisória com pino
Coroa provisória sem pino
Coroa total em cerômero
Coroa total metálica
Núcleo de preenchimento
Núcleo metálico fundido
Pino pré-fabricado
Provisório para Restauração metálica fundida
Restauração metálica fundida

■ RADIOLOGIA

Levantamento Radiografico (Exame Radiodôntico)
Radiografia interproximal - bite-wing
Radiografia oclusal
Radiografia panorâmica de mandibula/maxila (ortopantomografia)
Radiografia periapical

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAAL-R

Anexo II

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde
Plano Odontológico

" Tabela de Honorários e Procedimentos"

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

Ilda Pabszkiewicz
Diretora da CAAIPR

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAAIPR

Código	Descrição do Evento	Descrição de	Qtd UO	Qt UO Livre	Periodicidade (meses)	Observações sobre a operação do evento
00.001	Consulta	Diagnóstico	29,16	29,16	3	
00.005	Exame Histopatológico	Diagnóstico	210,00	210,00	3	Autorização Especial
01.001	Exodontia de Emergência	Emergência	39,08	39,08	0	
01.002	Retrotratamento	Emergência	39,08	39,08	0	
01.003	Lesão de Tecido Mole	Emergência	39,08	39,08	0	
01.004	Colagem de fragmento (consiste na recolocação de partes de dente que sofreu	Emergência	39,08	39,08	0	
01.005	Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial (consiste na aplicação	Emergência	39,08	39,08	0	
01.006	Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose (consiste na	Emergência	39,08	39,08	0	
01.007	Imobilização dental temporária (procedimento que visa a imobilização de	Emergência	39,08	39,08	0	
01.008	Recimentação de trabalho protético (consiste na recolocação de trabalho	Emergência	39,08	39,08	0	
01.009	Tratamento de alveolite (consiste na coletagem e limpeza do alvéolo dentario)	Emergência	39,08	39,08	0	
01.010	Incisão e drenagem de abscesso extra oral (consiste em fazer uma incisão na face	Emergência	39,08	39,08	0	
01.011	Incisão e drenagem de abscesso intra oral (consiste em fazer uma incisão dentro	Emergência	39,08	39,08	0	
01.012	Reimplante de dente avulsionado (consiste na recolocação do dente no alvéolo	Emergência	39,08	39,08	0	
01.013	Curativo Provisório	Emergência	39,08	39,08	0	
01.014	Coroa Provisória Direta em resina autopolimerizável - dente anterior	Emergência	39,08	39,08	60	
01.015	Emergência Inespecífica	Emergência	39,08	39,08	0	
01.018	Restauração Estética	Emergência	39,08	39,08	24	
01.020	Redução de Luxação de ATM	Emergência	39,08	39,08	0	
02.001	Perícia Judicial/Ima	Odontologia Legal	29,16	29,16	0	
03.001	Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	Dentística	57,30	47,80	24	
03.002	Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	Dentística	69,90	58,33	24	
03.003	Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	Dentística	81,80	68,24	24	
03.004	Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	Dentística	93,70	78,16	24	
03.005	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	Dentística	57,30	47,80	24	
03.006	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	Dentística	81,60	68,00	24	
03.007	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	Dentística	107,00	89,20	24	
03.008	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face	Dentística	58,50	48,80	24	
03.009	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces	Dentística	85,40	71,20	24	
03.010	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces	Dentística	112,30	93,60	24	
03.011	Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento	Dentística	39,08	32,63	24	
03.012	Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento	Dentística	58,33	48,70	24	
03.013	Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento	Dentística	68,24	56,96	24	
03.014	Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V	Dentística	34,99	34,99	12	
03.015	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 1 Face	Dentística	57,30	47,80	12	
03.016	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces	Dentística	69,90	58,33	12	
03.017	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces	Dentística	81,80	68,24	12	
03.018	Capeamento Pulpar Direto	Dentística	19,83	19,83	Evento único	
03.019	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável - Dente Anterior	Dentística	217,00	178,40	60	
03.020	Restauração a Pino	Dentística	114,80	95,60	24	
03.022	Consulta para Técnica de Tratamento Cariogênico (mínimo de 04 consultas)	Dentística	132,00	132,00	12	
03.023	Ajuste Oclusal por Fresagem	Dentística	29,16	29,16	60	
03.024	Remoção de Restaurações Metálicas e Coroas	Dentística	42,00	42,00	60	
03.025	Núcleo de preenchimento para restaurações	Dentística	112,30	93,60	24	
03.026	Fechamento de Diastema	Dentística	160,50	133,80	24	Autorização Especial
04.002	Aplicação de Selante (por dente)	Odontopediatria	19,83	19,83	12	
04.002	Tratamento Restaurador Atraumático	Odontopediatria	19,83	19,83	12	Autorização Especial
04.003	Aplicação de Cariostático (por dente)	Odontopediatria	19,83	19,83	6	
04.004	Remineralização de Esmalte por sessão (boca toda)	Odontopediatria	14,00	14,00	6	
04.005	Adequação do meio bucal (boca toda)	Odontopediatria	19,83	19,83	12	
04.006	Sessão de Condicionamento em Odontopediatria	Odontopediatria	29,16	29,16	6	
04.007	Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	Odontopediatria	57,30	47,80	24	
04.008	Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	Odontopediatria	69,90	58,33	24	
04.009	Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	Odontopediatria	81,80	68,24	24	
04.010	Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	Odontopediatria	93,70	78,16	24	
04.011	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	Odontopediatria	57,30	47,80	24	
04.012	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	Odontopediatria	81,60	68,00	24	
04.013	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	Odontopediatria	107,00	89,20	24	
04.014	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face	Odontopediatria	58,40	48,80	24	
04.015	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces	Odontopediatria	85,40	71,20	24	
04.016	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces	Odontopediatria	112,30	93,60	24	
04.017	Restauração em Resina Composta de 1 Face com Forramento	Odontopediatria	39,08	38,08	24	
04.018	Restauração em Resina Composta de 2 Faces com Forramento	Odontopediatria	58,33	58,33	24	
04.019	Restauração em Resina Composta de 3 Faces com Forramento	Odontopediatria	68,24	68,24	24	
04.020	Restauração em Silicato com Forramento Classes III e V	Odontopediatria	34,99	34,99	12	
04.021	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento de 1 Face	Odontopediatria	57,30	47,80	12	
04.022	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces	Odontopediatria	69,90	58,33	12	
04.023	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces	Odontopediatria	81,80	68,24	12	
04.024	Restauração Preventiva (ionômero + selante)	Odontopediatria	107,00	89,20	12	
04.025	Coroa de Aço ou Policarbonato (Odontopediatria)	Odontopediatria	300,00	300,00	24	
04.026	Pulpotomia	Odontopediatria	91,00	91,00	Evento único	
04.027	Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo	Odontopediatria	140,60	117,20	24	
04.028	Ulotomia	Odontopediatria	30,86	30,86	Evento único	
04.029	Pulpectomia Simples de Dentes Decíduos	Odontopediatria	46,16	46,66	Evento único	
04.031	Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel) - sem cobrança de manutenção mensal	Odontopediatria	362,66	302,21	60	
06.001	Documentação Ortodôntica Básica (panorâmica, telerradiografia, análise e	Radiologia	250,00	90,00	12	
06.002	Documentação Ortodôntica Completa - documentação ortodôntica básica mais	Radiologia	340,00	319,15	12	
06.003	Documentação Ortodôntica Especial (documentação ortodôntica completa mais	Radiologia	465,00	319,15	12	
06.004	Documentação Ortopédica - panorâmica, telerradiografia, análise e traçado	Radiologia	465,00	159,00	12	
06.005	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento cefalíca	Radiologia	625,00	159,00	12	
06.006	Radiografia Panorâmica sem Traçado	Radiologia	85,00	85,00	12	
06.007	Radiografia Panorâmica com Traçado	Radiologia	115,00	95,74	12	
06.008	Radiografia Panorâmica + Modelos Ortodônticos	Radiologia	190,00	129,74	12	
06.009	Telerradiografia sem Traçado	Radiologia	100,00	95,74	12	
06.010	Telerradiografia com Traçado	Radiologia	160,00	95,74	12	
06.011	Telerradiografia Frontal sem Traçado	Radiologia	100,00	95,74	12	
06.012	Telerradiografia Frontal com Traçado	Radiologia	150,00	95,74	12	
06.013	Radiografia Intra Oral Periapical (unidade)	Radiologia	9,91	9,91	0	
06.014	Radiografia Intra Oral Interproximal (unidade)	Radiologia	11,66	11,66	0	
06.015	Radiografia Intra Oral Oclusal (unidade)	Radiologia	23,33	23,33	12	
06.016	Levantamento Periapical (boca toda)	Radiologia	275,00	138,30	12	
06.017	Técnica de Localização	Radiologia	95,00	95,00	12	
06.018	Radiografia Mão e Punho	Radiologia	125,00	63,00	12	
06.019	Traçado: Ricketts, Bimler, Macnamara	Radiologia	59,00	32,00	12	
06.020	Digitalização de modelos	Radiologia	30,00	15,00	12	
06.021	Fotografia ou Slide (cada)	Radiologia	20,00	11,00	12	
06.022	Modelos Ortodônticos	Radiologia	175,00	46,00	12	
06.023	Modelos de Trabalho	Radiologia	90,00	34,00	12	
06.024	ATM - Contemporânea (6 posições - transfacial/transcraniana)	Radiologia	240,00	95,74	12	
06.025	ATM - Contemporânea (3 posições - transfacial)	Radiologia	175,00	95,74	12	
06.026	ATM - Convencional (3 posições - transcraniana)	Radiologia	170,00	95,74	12	

Alfredo Afonso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAAIPR

06.027	ATM - Tomografia Lateral - 2 posições/4 cortes - direita e esquerda boca aberta e	Radiologia	250,00	95,74	12	
06.028	ATM - Tomografia Lateral - 1 posição/6 cortes - ext. centr. e medianos dos	Radiologia	250,00	95,74	12	
06.029	ATM e Ramo - Tomografia Lateral (1 posição/2 cortes - direita e esquerda boca	Radiologia	250,00	95,74	12	
06.030	ATM - Tomografia Póstero Lateral (1 posição/2 cortes - direita e esquerda)	Radiologia	250,00	95,74	12	
06.031	ATM - Tomografia Póstero Anterior (2 posições/4 cortes - direita e esquerda	Radiologia	250,00	95,74	12	
06.032	ATM - Tomografia Póstero Anterior (1 posição/6 cortes - direita e esquerda)	Radiologia	250,00	95,74	12	
06.033	Radiografia Panorâmica Especial para ATM	Radiologia	400,00	95,74	12	
06.034	Tomografia de Localização - 1 dente ou 1 área	Radiologia	450,00	162,00	12	
06.035	Tomografia de Localização - 2 dentes ou 2 áreas	Radiologia	640,00	194,00	12	
06.036	Tomografia de Localização - 3 dentes ou 3 áreas	Radiologia	860,00	216,00	12	
06.037	Tomografia de Localização - Hemiarco	Radiologia	1000,00	240,00	12	
06.038	Tomografia - 1 arco completo	Radiologia	1150,00	300,00	12	
06.039	Tomografia - 2 arcos completos	Radiologia	1350,00	324,00	12	
06.040	Tomografia para Implante - Um dente	Radiologia	472,50	236,25	12	
06.041	Tomografia para Implante - Um hemiarco (dois ou mais dentes em um mesmo	Radiologia	567,00	283,50	12	
06.042	Tomografia para Implante - Dois hemiarcos de uma mesma arcada (dois ou mais	Radiologia	693,00	346,50	12	
06.043	Tomografia para Implante - Dois hemiarcos de arcadas diferentes (dois ou mais	Radiologia	756,00	378,00	12	
06.044	Tomografia para Implante - Três Hemiarcos (dois ou mais dentes distribuídos em	Radiologia	819,00	409,50	12	
06.045	Tomografia para Implante - Quatro Hemiarcos (dois ou mais dentes distribuídos	Radiologia	882,00	441,00	12	
06.046	Tomografia para Implante - Duas arcadas (todos os dentes da boca)	Radiologia	1008,00	504,00	12	
06.047	Tomografia para Implante Computadorizada - 1 arcada	Radiologia	1650,00	825,00	12	
06.048	Tomografia para Implante Computadorizada - 2 arcadas	Radiologia	2350,00	1175,00	12	
06.049	Radiografia Periapical (unidade) - clínica radiológica	Radiologia	25,00	9,91	0	
06.050	Radiografia Interproximal (unidade) - clínica radiológica	Radiologia	25,00	11,66	0	
06.051	Radiografia Oclusal (unidade) - clínica radiológica	Radiologia	87,00	23,33	12	
07.001	Profilaxia por Arcada	Prevenção	32,40	32,40	6	
07.002	Orientação de Higiene Bucal - atividade educativa	Prevenção	35,00	35,00	6	
07.003	Controle de Placa Bacteriana (por sessão) - índice de placa e índice de	Prevenção	40,43	40,43	6	
07.004	Aplicação Tópica de Flúor - (boca toda - até 15 anos)	Prevenção	69,99	69,99	6	
07.005	Teste de risco de cárie - Contagem de S. mutans	Prevenção	29,16	29,16	6	
07.006	Teste de risco de cárie - Fluxo salivar e Capacidade Tampão	Prevenção	29,16	29,16	6	
07.007	Aplicação de Selante (por dente)	Prevenção	19,83	19,83	12	
07.008	Controle Periódico de Tratamento Preventivo	Prevenção	29,16	29,16	12	
08.001	Consulta de periodontia para determinação de índice de sangramento, de placa	Periodontia	58,32	58,32	6	
08.002	Remoção de Fatores de Retenção	Periodontia	63,62	63,62	12	
08.003	Raspagem por Arcada (Manual e/ou Ultrassom) com Profilaxia (tratamento não	Periodontia	55,10	55,10	6	
08.004	Curetagem SubGengival por Arcada com Polimento (tratamento não cirúrgico de	Periodontia	76,47	76,47	6	
08.005	Imobilização Dentária - 3 dentes	Periodontia	79,91	79,91	12	
08.006	Desimobilização Dentinária (por hemiarco) - no máximo 1 sessão por hemiarco	Periodontia	48,99	48,99	12	
08.007	Preservação Pré-cirúrgica	Periodontia	57,30	57,30	12	
08.008	Tratamento de Abcesso Periodontal	Periodontia	39,08	39,08	12	
08.009	Cirurgia Periodontal a Retalho, com Osteotomia/Osteoplastia, por Hemiarco	Periodontia	130,65	130,65	12	
08.010	Enxerto Gengival por Elemento	Periodontia	87,49	87,49	60	
08.011	Retalho Desprende por Elemento	Periodontia	87,49	87,49	6	
08.012	Manutenção de tratamento periodontal	Periodontia	32,40	32,40	3	
08.013	Aumento de Coroa Clínica (por elemento)	Periodontia	139,00	139,00	6	
08.014	Gengivectomia / Gengivoplastia por Hemiarco (4 elementos ou mais)	Periodontia	139,00	139,00	6	
08.015	Gengivectomia / Gengivoplastia por elemento (lançamento individual até 3	Periodontia	34,75	34,75	6	
08.016	Bicuspidamento Radicular	Periodontia	142,00	142,00	0	
09.001	Exodontia Simples	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.002	Exodontia de Raiz Residual	Cirurgia	58,33	58,33	Evento único	
09.003	Cirurgia de Dente Semi-Incluso	Cirurgia	233,30	233,30	Evento único	
09.004	Exodontia de Dente Incluso/Impactado	Cirurgia	373,30	373,30	Evento único	
09.005	Exodontia com finalidade ortodôntica	Cirurgia	56,66	46,66	Evento único	
09.006	Punção aspirativa com agulha fina /coleta de material em lesões ou tecidos	Cirurgia	46,66	46,66	0	
09.009	Exodontia a Retalho	Cirurgia	72,91	72,91	Evento único	
09.010	Remoção de Hiperplasias	Cirurgia	46,66	46,66	6	
09.011	Rebaixa da Cavidade Oral	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.012	Frenectomia Labial/Lingual	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.013	Ápicectomia Com Obturação Retrógrada (por raiz)	Cirurgia	139,99	139,99	Evento único	
09.014	Cirurgia para Remoção de Torus Palatino	Cirurgia	116,65	116,65	Evento único	
09.015	Cirurgia para Remoção de Torus Mandibular	Cirurgia	116,65	116,65	Evento único	
09.016	Ulectomia	Cirurgia	30,86	30,86	Evento único	
09.017	Cunha Distal	Cirurgia	30,86	30,86	Evento único	
09.018	Alveoloplastia / Osteoplastia	Cirurgia	112,35	112,35	Evento único	
09.019	Cirurgia para Correção de Bridas Musculares	Cirurgia	217,00	217,00	Evento único	
09.020	Apicectomia Unirradicular sem/com Obturação Retrógrada	Cirurgia	163,31	163,31	Evento único	
09.021	Apicectomia Multirradicular sem/com Obturação Retrógrada	Cirurgia	186,65	186,65	Evento único	
09.022	Amputação Radicular Sem Obturação Retrógrada (por raiz)	Cirurgia	211,94	211,94	Evento único	
09.023	Amputação Radicular Com Obturação Retrógrada (por raiz)	Cirurgia	226,14	226,14	Evento único	
09.024	Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Cruenta	Cirurgia	825,00	540,00	Evento único	
09.025	Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Incruenta	Cirurgia	700,00	300,00	Evento único	
09.026	Excisão de Mucocele	Cirurgia	196,00	196,00	Evento único	
09.027	Excisão de Rânula	Cirurgia	848,00	848,00	Evento único	
09.028	Cirurgia de Tumor Odontogênico Misto Intraósseo (Odontoma e Osteoma) e	Cirurgia	365,00	365,00	Evento único	
09.029	Tratamento/Cirurgia de Cisto de Desenvolvimento - Enucleação	Cirurgia	410,00	410,00	Evento único	
09.030	Tratamento/Cirurgia de Cisto - Marsupialização e Enucleação Final (incluso no	Cirurgia	470,00	470,00	Evento único	
09.031	Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	Cirurgia	440,00	440,00	Evento único	
09.032	Cirurgia a Retalho c/ enxerto alogeno (especificar substância)	Cirurgia	250,00	250,00	24	
09.033	Odontosecção (por elemento)	Cirurgia	142,00	142,00	Evento único	
09.034	Cirurgia de Aprofundamento de Sulco	Cirurgia	116,65	116,65	Evento único	
09.036	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica (inclui colagem do bráquete)	Cirurgia	373,30	373,30	Evento único	
09.037	Redução de tuberosidade	Cirurgia	116,65	116,65	Evento único	
09.038	Remoção de cálculo salivar	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.041	Ulotomia	Cirurgia	30,86	30,86	Evento único	
09.042	Exodontia Simples de 3º Molar	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.043	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Superior Direito	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.044	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Superior Esquerdo	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.045	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Inferior Direito	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.046	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Inferior Esquerdo	Cirurgia	46,66	46,66	Evento único	
09.047	Exodontia de dente Semi-incluso Supranumerário Superior Direito	Cirurgia	233,30	233,30	Evento único	
09.048	Exodontia de dente Semi-incluso Supranumerário Superior Esquerdo	Cirurgia	233,30	233,30	Evento único	
09.049	Exodontia de dente Semi-incluso Supranumerário Inferior Direito	Cirurgia	233,30	233,30	Evento único	
09.050	Exodontia de dente Semi-incluso Supranumerário Inferior Esquerdo	Cirurgia	233,30	233,30	Evento único	
09.051	Exodontia de dente Supra Numerário Incluso Superior Direito	Cirurgia	373,30	373,30	Evento único	
09.052	Exodontia de dente Supra Numerário Incluso Superior Esquerdo	Cirurgia	373,30	373,30	Evento único	
09.053	Exodontia de dente Supra Numerário Incluso Inferior Direito	Cirurgia	373,30	373,30	Evento único	
09.054	Exodontia de dente Supra Numerário Incluso Inferior Esquerdo	Cirurgia	373,30	373,30	Evento único	
09.055	Consulta para semiologia	Cirurgia	29,16	29,16	6	
09.056	Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasais ou Buco Sinusais	Cirurgia	440,00	440,00	0	
10.001	Tratamento Endodôntico Unirradicular	Endodontia	241,40	201,20	Evento único	
10.002	Tratamento Endodôntico Biradicular	Endodontia	348,40	288,70	Evento único	

Renato Vetor Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

10.003	Tratamento Endodôntico com 3 ou mais canais	Endodontia	472,60	393,70	Evento único	
10.005	Clareamento Dental (dente desvitalizado)	Endodontia	58,33	58,33	24	
10.006	Tratamento da Hipogênese (incompleta (permitido 1sessão por mês, por no	Endodontia	62,79	62,79	1	
10.007	Tratamento de perfuração endodôntica	Endodontia	86,50	86,50	Evento único	
10.508	Troca de medicação intra-canal	Endodontia	62,79	62,79	1	Autorização Especial
10.009	Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal	Endodontia	86,50	86,50	60	
10.010	Pulpotomia	Endodontia	91,00	91,00	Evento único	
10.011	Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo	Endodontia	140,60	117,20	Evento único	
10.012	Preparo para Núcleo Intraradicular (por elemento)	Endodontia	39,00	39,00	24	
10.013	Retratamento Endodôntico Unirradicular (inclui a desobturação, instrumentação	Endodontia	327,90	287,60	36	
10.014	Retratamento Endodôntico Birradicular (inclui desobturação, instrumentação e	Endodontia	519,40	461,70	36	
10.015	Retratamento Endodôntico com 3 ou mais canais (inclui desobturação,	Endodontia	731,90	653,20	36	
10.016	Remoção de Núcleo Intrarradicular	Endodontia	67,00	67,00	36	
20.001	Coroa Provisória	Prótese Dentaria	154,32	78,16	6	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.002	Núcleo Metálico Fundido	Prótese Dentaria	204,27	145,81	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.003	Núcleo de Preenchimento	Prótese Dentaria	145,81	145,81	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.004	Restauração Metálica Fundida	Prótese Dentaria	385,28	239,13	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.005	Coroa Total Metálica	Prótese Dentaria	452,86	316,71	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.006	Coroa Provisória Unitária	Prótese Dentaria	154,32	78,16	6	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.007	Coroa em Cerômero Metal Free Unitária (somente para dentes anteriores)	Prótese Dentaria	850,00	459,29	60	Pré-aprovação obrigatória
20.009	Coroa de Jaqueta Acrílica	Prótese Dentaria	358,60	243,22	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.010	Coroa Veneer (Jaqueta em resina)	Prótese Dentaria	637,15	412,38	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.011	Coroa Metaloplástica	Prótese Dentaria	711,21	437,44	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.013	Elemento de Prótese Fixa Metalo plástica	Prótese Dentaria	711,21	437,44	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.014	Coroa Dca de Porcelana	Prótese Dentaria	1022,68	476,53	60	Pré-aprovação obrigatória
20.016	Coroa Metalo-cerâmica	Prótese Dentaria	1079,41	593,26	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.017	Elemento de Prótese Fixa Metalo-cerâmica	Prótese Dentaria	1989,33	593,18	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.018	Inlay / Onlay de Porcelana	Prótese Dentaria	1053,46	476,53	60	Pré-aprovação obrigatória
20.019	Inlay/Onlay em Resina	Prótese Dentaria	692,31	314,51	60	Pré-aprovação obrigatória
20.020	Laminado de Porcelana	Prótese Dentaria	1053,46	476,53	60	Pré-aprovação obrigatória
20.021	Laminado em Resina	Prótese Dentaria	692,31	314,51	60	Pré-aprovação obrigatória
20.022	Prótese Adesiva de 3 Elementos, infraestrutura metálica e recobrimento em	Prótese Dentaria	1307,99	734,91	60	Pré-aprovação obrigatória
20.023	Prótese Adesiva de 3 Elementos, infraestrutura metálica e recobrimento em	Prótese Dentaria	1046,39	587,93	60	Pré-aprovação obrigatória
20.027	Prótese Parcial Removível Provisória	Prótese Dentaria	631,56	241,56	60	
20.028	Prótese Parcial Removível a Grampo	Prótese Dentaria	1341,31	474,19	60	
20.029	Prótese Parcial Removível a Attachment (lançamento por elemento associado ao	Prótese Dentaria	1350,00	485,00	60	
20.030	Prótese Total Rosea	Prótese Dentaria	1165,10	593,18	60	
20.031	Prótese Total Incolor	Prótese Dentaria	1279,65	692,94	60	
20.032	Prótese Total Imediata	Prótese Dentaria	993,38	593,18	60	
20.033	Prótese pelo sistema CAD/CAM	Prótese Dentaria	1307,99	734,91	60	
20.034	Reembasamento	Prótese Dentaria	767,12	194,81	12	
20.035	Consertos Simples	Prótese Dentaria	173,73	58,33	12	
20.036	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro (por Arcada)	Prótese Dentaria	235,00	60,00	24	
20.037	Placa de Mordida em Acrílico / Silicone (Bruxismo ou Noturna)	Prótese Dentaria	435,41	231,56	12	
20.038	Acompanhamento de uso de placa de mordida para disfunção de ATM (por	Prótese Dentaria	29,16	29,16	60	Autorização Especial
20.039	Coroa 3/4 ou 4/5	Prótese Dentaria	385,28	239,13	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.041	Pino de retenção intra radicular roqueável ou (do tipo flex post)	Prótese Dentaria	234,27	145,91	60	Pré-aprovação obrigatória acima de 3 elementos
20.042	Coroa em cerômero metal free - Pré Aprovação	Prótese Dentaria	850,00	459,29	60	Pré-aprovação obrigatória
20.043	Elemento de Prótese Fixa em Cerômero Metal Free	Prótese Dentaria	850,00	459,29	60	Pré-aprovação obrigatória
20.044	Prótese Adesiva de 3 elementos em cerômero metal free, com ou sem retalho em	Prótese Dentaria	2516,93	1414,17	60	Pré-aprovação obrigatória
20.045	Laminado em cerômero	Prótese Dentaria	829,56	375,24	60	Pré-aprovação obrigatória
20.046	Inlay/Onlay de Cerômero	Prótese Dentaria	829,56	375,24	60	Pré-aprovação obrigatória
20.047	Elemento de Prótese Fixa com metal e cerômero	Prótese Dentaria	857,81	467,10	60	Pré-aprovação obrigatória
20.048	Coroa in Ceram (metal free)	Prótese Dentaria	1079,41	583,26	60	Pré-aprovação obrigatória
20.049	Elemento de Prótese Fixa InCeram (metal free)	Prótese Dentaria	1989,33	593,18	60	Pré-aprovação obrigatória
20.050	Coroa em metal com cerômero	Prótese Dentaria	850,00	459,29	60	Pré-aprovação obrigatória
30.001	Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Total por Arcada	Ortodontia	0,00	1427,17	84	Pré-aprovação obrigatória
30.002	Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Parcial por Arcada	Ortodontia	0,00	982,79	84	Pré-aprovação obrigatória
30.003	Mantenedor de Espaço (Fixo ou Móvel)	Ortodontia	0,00	192,21	60	Pré-aprovação obrigatória
30.004	Ortodontia Móvel / Placa de Mordida Ortodôntica	Ortodontia	0,00	380,00	12	Pré-aprovação obrigatória
30.005	Ortodontia Móvel / Plano Inclinado (individual ou Multiplo)	Ortodontia	0,00	406,31	60	Pré-aprovação obrigatória
30.006	Ortodontia Móvel / Aparelho Para Correção de Deglutição - Banda / Grade	Ortodontia	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
30.007	Ortodontia Móvel / Placa Para Correção de Deglutição Removível	Ortodontia	0,00	508,13	60	Pré-aprovação obrigatória
30.008	Ortodontia Fixa / Arco Lingual de Nance	Ortodontia	0,00	323,52	60	Pré-aprovação obrigatória
30.009	Ortodontia Móvel / Placa de Hawley	Ortodontia	0,00	525,35	60	Pré-aprovação obrigatória
30.010	Arco Vestibular de Bumper	Ortodontia	0,00	477,68	60	Pré-aprovação obrigatória
30.011	Ortodontia Móvel / Aparelho Extra Oral	Ortodontia	0,00	827,85	60	Pré-aprovação obrigatória
30.012	Mentoneira	Ortodontia	0,00	629,93	0	Pré-aprovação obrigatória
30.013	Ortodontia Fixa / Quadhelice	Ortodontia	0,00	837,37	60	Pré-aprovação obrigatória
30.014	Ortodontia Fixa / Disjuntor de Maxila (Hyrax, Hass, McNamara)	Ortodontia	0,00	970,58	60	Pré-aprovação obrigatória
30.015	Ortodontia Fixa / Barra Palatina	Ortodontia	0,00	323,52	60	Pré-aprovação obrigatória
30.016	Ortodontia Fixa / Botão de Nance	Ortodontia	0,00	323,52	60	Pré-aprovação obrigatória
30.017	Ortodontia Fixa / Distal Jet	Ortodontia	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
30.018	Ortodontia Fixa / Pendex - Pendulum	Ortodontia	0,00	406,31	60	Pré-aprovação obrigatória
30.019	Ortodontia Fixa / Jones Jig	Ortodontia	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
30.020	Ortodontia Fixa / Distalizador com mola de intrusão	Ortodontia	0,00	837,37	60	Pré-aprovação obrigatória
30.021	Ortodontia Fixa / Quiseito	Ortodontia	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
30.022	Ortodontia Fixa / Fibra anterior fixa	Ortodontia	0,00	406,31	60	Pré-aprovação obrigatória
30.023	Ortodontia Fixa / Contenção fixa inferior	Ortodontia	0,00	220,00	60	Pré-aprovação obrigatória
30.024	Ortodontia Móvel / Placa com expansor	Ortodontia	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
30.025	Ortodontia Móvel / Placa com redutor de língua	Ortodontia	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
30.026	Ortodontia Móvel / Placa contínua (montagem de modelos em articulador, com	Ortodontia	0,00	380,00	60	Pré-aprovação obrigatória
30.027	Ortodontia Móvel / Placa para ventilação de dentes	Ortodontia	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
30.028	Ortodontia Móvel / Placa para bota (ar 2x)	Ortodontia	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
30.029	Ortodontia Móvel / Protetor de silicone	Ortodontia	0,00	380,00	60	Pré-aprovação obrigatória
30.030	Ortodontia Móvel / Recuperador de espaço	Ortodontia	0,00	192,21	60	Pré-aprovação obrigatória
30.031	Ortodontia Móvel / Redutor de espaço	Ortodontia	0,00	192,21	60	Pré-aprovação obrigatória
30.032	Ortodontia Móvel / Aparelhos móveis estéticos (Nite-Guide, Clear OGGuide)	Ortodontia	0,00	1665,52	60	Pré-aprovação obrigatória
30.033	Placa Lábio Ativa	Ortodontia	0,00	323,52	60	Pré-aprovação obrigatória
30.035	Manutenção Mensal de Ortodontia / Ortopedia	Ortodontia	367,70	121,25	1	Pré-aprovação obrigatória
30.036	Consulta para tratamento de Ortodontia / Ortopedia	Ortodontia	29,16	29,16	1	
30.037	Remoção do aparelho ortodôntico	Ortodontia	0,00	0,00	0	Pré-aprovação obrigatória
30.038	Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Total por Arcada (bracket	Ortodontia	0,00	1427,17	84	Pré-aprovação obrigatória
30.039	Ortodontia Fixa / Tratamento Ortodôntico Fixo Parcial por Arcada (bracket	Ortodontia	0,00	982,79	84	Pré-aprovação obrigatória
30.040	Conserto de Aparelho	Ortodontia	0,00	29,16	12	Pré-aprovação obrigatória
30.041	Manutenção trimestral de contenção (sup / inf - fixa ou móvel)	Ortodontia	367,70	121,25	0	Pré-aprovação obrigatória
30.042	Finalização do tratamento Ortodôntico / Ortopedico	Ortodontia	0,00	0,00	0	Pré-aprovação obrigatória
40.001	Bimler (Valor para as 2 Arcadas)	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.002	Planas (valor para as duas arcadas)	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.003	Bracket (valor para as duas arcadas)	Ortopedia Funcional dos	0,00	1665,52	60	Pré-aprovação obrigatória
40.004	Bioator de Balters (valor para as duas arcadas)	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.005	Máscara Delaire / Petite	Ortopedia Funcional dos	0,00	827,85	60	Pré-aprovação obrigatória

...Dias Cardoso
...Presidente de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

40.006	Mentoneira	Ortopedia Funcional dos	0,00	629,93	0	Pré-aprovação obrigatória
40.007	Mentoneira de tração reversa	Ortopedia Funcional dos	0,00	629,93	60	Pré-aprovação obrigatória
40.008	Aparelho extra-oral	Ortopedia Funcional dos	0,00	827,85	60	Pré-aprovação obrigatória
40.009	Equilibrador de Planas com tubos telescópicos	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.010	Herbst (valor para as 2 arcadas)	Ortopedia Funcional dos	0,00	1665,22	60	Pré-aprovação obrigatória
40.011	Klamert (valor para as 2 arcadas)	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.012	Placas duplas para avanço	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.013	Aparelhos SN (SN1 - SN2 - SN3 - SN4 - SN5 - SN6 - SN7)	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.014	Splinter	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.015	Twin Block	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
40.016	Monobloco	Ortopedia Funcional dos	0,00	1427,17	60	Pré-aprovação obrigatória
50.003	Remoção do implante	Implante	373,30	44,68	60	Pré-aprovação obrigatória
50.004	Guia Cirúrgico	Implante	300,00	159,57	60	Pré-aprovação obrigatória
50.005	Elevação do assoalho do seio maxilar para colocação de implante (já inclui osso e	Implante	2500,00	1325,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.006	Enxerto Autógeno - inclui a cirurgia da área doadora (cavidade oral) e da área	Implante	2750,00	1443,75	60	Pré-aprovação obrigatória
50.007	Enxerto Alógeno (por elemento) - já inclui material para enxerto	Implante	600,00	315,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.017	Tratamento de Perimplantite (por implante) - inclui curetagem subgengival +	Implante	150,00	79,50	12	Pré-aprovação obrigatória
50.023	Regeneração Tecidual Guiada - realizada após colocação do implante	Implante	750,00	397,50	36	Pré-aprovação obrigatória
50.024	Manutenção do implante (por implante) - inclui desmontagem e limpeza do	Implante	50,00	26,50	6	Pré-aprovação obrigatória
50.020	Enceramento de Diagnóstico para Prótese sobre Implante	Implante	250,00	150,00	0	Pré-aprovação obrigatória
50.024	Protocolo Provisório (inclui 4 implantes)	Implante	4500,00	2700,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.025	Protocolo Provisório (inclui 6 implantes)	Implante	6750,00	4050,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.026	Protocolo Definitivo (inclui 4 implantes)	Implante	24000,00	14400,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.027	Protocolo Definitivo (inclui 6 implantes)	Implante	30000,00	18000,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.028	Overdenture para 4 implantes - Oring ou Barra	Implante	6500,00	3900,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.029	Cirurgia para colocação de implante	Implante	3250,00	1976,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.030	Cirurgia para colocação do implante importado	Implante	3250,00	1976,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.031	Prótese fixa sobre implante	Implante	3750,00	2280,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.032	Provisório sobre implante	Implante	600,00	319,14	60	Pré-aprovação obrigatória
50.033	Prótese fixa sobre implante importado	Implante	3750,00	2280,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.034	Provisório sobre implante importado	Implante	600,00	319,14	60	Pré-aprovação obrigatória
50.035	Overdenture- com componentes protéticos (para dois implantes)	Implante	4500,00	2731,50	60	Pré-aprovação obrigatória
50.036	Overdenture com componentes protéticos importados (para dois implantes)	Implante	4500,00	2731,50	60	Pré-aprovação obrigatória
50.037	Elemento de prótese fixa sobre implante	Implante	3750,00	2276,25	60	Pré-aprovação obrigatória
50.038	Elemento de prótese fixa sobre implante importado	Implante	3750,00	2276,50	60	Pré-aprovação obrigatória
50.039	Enxerto alógeno por hemi-arco	Implante	1800,00	1080,00	60	Pré-aprovação obrigatória
50.040	Enxerto autógeno(osso particulado)	Implante	1925,00	1155,00	60	Pré-aprovação obrigatória

Renato Veloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

Ilda Robaszkiewicz
Financeiro CAA/PR

Anexo III

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde
Plano Odontológico

" Formulário de Requisição de Reembolso/Ressarcimento"

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO (FRR)	OdontoPrev ANS - nº 30194-9	ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

Nº da Carteira OdontoPrev: Empresa: Plano:

Nome Paciente:

CPF: RG: Data Nascimento: / /

Endereço Res.: CEP:

Cidade: Estado: Fone res.: Fone com:

DADOS BANCÁRIOS DO ASSOCIADO TITULAR (Não utilizar Conta Poupança)

Nome do Associado Titular: Cargo:

E-mail:

CPF: Nome do Banco: Nº do Banco:

Nº da agência: Nº da Conta Corrente: Dígito:

DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Nome / Razão Social: CRO:

Endereço: Complemento: Telefone:

CPF / CNPJ: CEP: Cidade: Estado:

ATENÇÃO! LEIA AS INSTRUÇÕES NO VERSO, ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ VIR ACOMPANHADO DO RECIBO E DE TODA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA (NÃO SE ESQUEÇA DAS RADIOGRAFIAS INICIAIS E FINAIS DOS TRATAMENTOS).

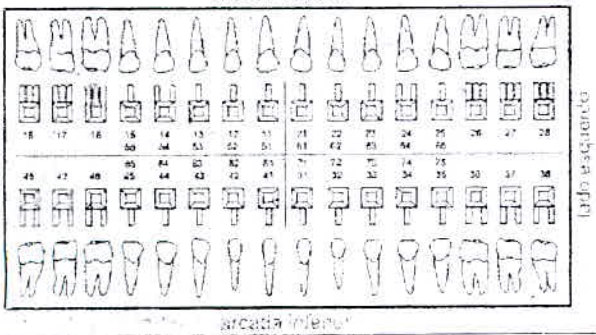
- Indispensáveis as assinaturas do associado titular e cirurgião-dentista.
- Preencher corretamente os odontogramas do estado atual e do plano de tratamento, a descrição do plano de tratamento, informando o local tratado, sem rasuras.
- O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do **Associado Titular e do Cirurgião-Dentista**, sendo ambos **responsáveis perante a Lei** pela veracidade das informações nele contidas.
- Em caso de **dúvida**, reclamação ou sugestão, será sempre um prazer atendê-lo pelo **Disque OdontoPrev**, com ligação gratuita de todo país pelo **0800 702 9000**.

IMP-007 R-v 26.10.2018

ODONTOGRAMA ESTADO ATUAL

arcada superior

lado direito



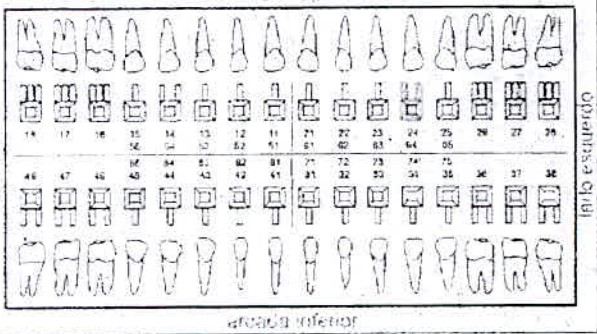
lado esquerdo

arcada inferior

ODONTOGRAMA PLANO DE TRATAMENTO

arcada superior

lado direito



lado esquerdo

arcada inferior

Dente Área / Região	Faces M O D L V I	Descrição do Evento / Procedimento realizado	Valor individual (em R$)	Observações
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			
	M O D L V I			

Renato Vieira Dias Cardoso
Diretor de Saúde de Marcas

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

- Leve o FRR (Formulário de Requisição de Reembolso) na primeira consulta com seu dentista.
- Preencha corretamente o FRR (ver item 1).
- Preencha corretamente os DADOS BANCÁRIOS e o CPF do Associado Titular.
- Envie o FRR para a Caixa Postal informada abaixo ou verifique com o RH a melhor forma de encaminhá-lo.
- Verifique corretamente os requisitos necessários para pagamento do reembolso.

Endereço: ODONTOPREV S/A - Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha
Caixa Postal 261 - CEP: 06455-972 - Barueri - SP

1. PREENCHIMENTO DO FRR CAMPOS OBRIGATÓRIOS
- Dados completos do Cirurgião Dentista e CPF
- Dados bancários do Associado Titular do plano e CPF
- Número da Carteira OdontoPrev e nome do paciente (em tratamento com o Cirurgião dentista)
- Nome e Cargo do Associado Titular do plano.
- Descrição do tratamento realizado, que deve conter: número do dente tratado, faces, área ou região da boca tratadas, descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha) e valor cobrado pelo dentista (por evento realizado).

2. SIMULAÇÃO DO VALOR DE REEMBOLSO
Uma vez preenchido o FRR, você pode enviá-lo por FAX A/C do Departamento Clínico, fone: (55) 11 2181-2299. Após dois dias úteis o valor simulado de seu reembolso estará disponível no telefone: 0800 702 9000 Disque OdontoPrev. Para agilizar o processo, tenha em mãos o número deste FRR. **Atenção: o fax não é aceito para efetivação de seu reembolso**

3. ENVIO DO FRR PARA REEMBOLSO
- Observe o item 1 referente ao preenchimento do FRR para obtenção de reembolso.
- Enviar o FRR e RECIBO ORIGINAIS. O recibo deve ser emitido pelo Cirurgião dentista, em valor igual ao total do tratamento realizado e descrito neste FRR.
- Enviar a documentação clínica completa do caso, inclusive radiografias iniciais e finais dos tratamentos visualizáveis radiograficamente (restaurações, próteses, endodontia e cirurgia, entre outros).

4. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO
O valor do reembolso devido será creditado na conta corrente do Associado Titular informada no FRR no prazo estabelecido em contrato, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nos itens 1 e 3.

IMPORTANTE: Os originais do FRR e do recibo não são devolvidos. Os eventos reembolsáveis, bem como os respectivos valores são definidos entre a empresa com a qual o Associado Titular mantém vínculo e a OdontoPrev.

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

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Associado Titular

Assinatura do Cirurgião - Dentista

Auditado em: ____/____/____

Auditor: _____

Aprovado para: ____/____/____

Valor aprovado: _____

Renato Vetoso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

Anexo IV

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde
Plano Odontológico

" Guia de Leitura Contratual - GLC"

Renato Velloso Dias Cardoso
Diretor de Desenv. de Mercado

Ilda Rohaszkiewicz
Financeiro CAA/PR

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR

OdontoPrev

Operadora: OdontoPrev S/A
CNPJ: 58.119.199/0001-51
Nº de registro na ANS: 30194-9
Site: http://www.odontoprev.com.br
Tel.: (11) 3883 4483 (de segunda a sexta, das 08h00 às 20h00)

		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.	01 – CE
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.	04 – CG
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares ; pode ser coletiva ou individual.	NA
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	02 – CE
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.	01 – CE 04 – CG
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor **não** tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	05 - CG
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	04 - CG
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	01/02-CE 08 – CG
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.	08 - CG
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	02 – CE
RESCISÃO SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	12 - CG
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	11 - CG
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	07 - CG

CG - Condições Gerais / CE - Condições Especiais / N.A. - não se aplica

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

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL GOVERNO FEDERAL

Renato Vieira Dias Carvoso
Diretor de Desenv. de Mercado

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

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

José Augusto Araújo de Noronha
Presidente da CAA/PR