




**CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL / FAMILIAR**

**VIP PLUS - ANS Nº 458.320/08-5**

**GUIA DE LEITURA CONTRATUAL**

Página do Contrato

<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	<b>04</b>
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, <b>odontológica</b> e suas combinações.	<b>04</b>
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	<b>04</b>
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	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.	<b>05</b>
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	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	<b>12</b>
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	<b>22</b>
<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	<b>12</b>
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	<b>23</b>
<i>RESCISÃO/SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	<b>24</b>
Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o consumidor deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site <a href="http://www.ans.gov.br">www.ans.gov.br</a> 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.		
 <p><b>ANS</b> Agência Nacional de Saúde Suplementar</p>		 <p><b>Ministério da Saúde</b></p>
<p>Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040 Rio de Janeiro – RJ</p>		 <p><b>BRASIL</b> UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL</p> <p>Disque-ANS: 0800 701 9656 <a href="http://www.ans.gov.br">www.ans.gov.br</a> <a href="mailto:ouvidoria@ans.gov.br">ouvidoria@ans.gov.br</a></p>

## CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL / FAMILIAR

### VIP PLUS - ANS Nº 458.320/08-5

CLÁUSULA	ASSUNTO	PÁGINA
1	DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	3
2	DA QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	3
3	DO OBJETO DO CONTRATO	3
4	DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO	3
5	DO PLANO ODONTOLÓGICO	3
6	DO TIPO DE CONTRATAÇÃO	4
7	DA SEGMENTAÇÃO	4
8	DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO	4
9	DO CADASTRAMENTO E INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS	4
10	DAS COBERTURAS E CONCEITOS	5
11	DOS SERVIÇOS EXCLUIDOS DO CONTRATO	12
12	DAS CARÊNCIAS	12
13	DA DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE	13
14	DOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA	13
15	DA REDE CREDENCIADA E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	13
16	DO REEMBOLSO DE DESPESAS	15
17	DA VIGÊNCIA	22
18	DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA	22
19	DAS MENSALIDADES	22
20	DO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES	23
21	DO REAJUSTE	23
22	DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	24
23	DA RESCISÃO	24
24	DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	25
25	DO FORO	26

## CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL / FAMILIAR VIP PLUS - ANS Nº 458.320/08-5

### I - DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. **ARM ODONTOLOGIA LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF nº 00.743.507/0001-35, com sede à Rua Machado Bittencourt, nº 361 - 11º Andar - Conjunto 1.111, Vila Clementino, São Paulo, CEP 04044-001, registrada nos termos da Lei nº 6.839/80, no Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo, sob o nº 3.896, classificada como Odontologia de Grupo, operadora privada de planos odontológicos no segmento terciário e com registro na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº **35.215-2**, representada na forma de seus atos constitutivos e doravante denominada "**ARM**".

### II - DA QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

2.1. **CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada na **Ficha de Adesão** que é parte integrante deste contrato.

### III - DO OBJETO DO CONTRATO

3.1. O objeto do presente Contrato é a garantia de cobertura da prestação continuada de serviços de assistência à saúde por meio do plano odontológico nos termos do inciso I, do artigo 1º da Lei Federal nº 9656/98 ao **CONTRATANTE**, bem como a seus dependentes, estes quando da opção pelo Plano Familiar, de acordo com as condições e limites de cobertura estabelecida no presente instrumento abrangendo todas as doenças definidas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e em conformidade ao Rol de Procedimentos Cobertos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

### IV - DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

4.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, tem características bilaterais, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes contratantes, na forma do disposto nos artigos 421 a 435, 472 e 473 do Código Civil Brasileiro vigente, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, no qual o **CONTRATANTE** tem a obrigação do devido pagamento mensal, assumindo o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **ARM** em garanti-la. Outrossim, este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 e legislação específica que vier sucedê-la.

### V - DO PLANO ODONTOLÓGICO

5.1. NOME COMERCIAL DO PRODUTO: **VIP PLUS**

5.2. NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS: **458.320/08-5**

## VI - DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

- 6.1. A forma de contratação é individual (com apenas o beneficiário titular) ou familiar (contrato com o beneficiário titular e pelo menos um beneficiário dependente).

## VII - DA SEGMENTAÇÃO

- 7.1. A segmentação assistencial que abrange os atendimentos deste contrato é exclusivamente odontológica.

## VIII - DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO

- 8.1. Área Geográfica de Abrangência: **Grupo de Municípios**
- 8.2. Os municípios de abrangência do plano com a lista de prestadores odontológicos (consultórios e clínicas) está disponível no **site ARM (www.arm.com.br)** no link “encontre seu dentista”.

## IX - DO CADASTRAMENTO E INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 9.1. **O CONTRATANTE** e seus dependentes são considerados Beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, operado pela **ARM**;
- 9.2. É considerado Beneficiário Titular, o **CONTRATANTE** do presente Contrato, identificado **na Ficha de Adesão**;
- 9.3. O Beneficiário Titular deverá indicar as pessoas que serão seus Beneficiários Dependentes, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo (pais, avós, bisavós, filhos, netos, bisnetos, irmãos, tios, sobrinhos), ao segundo grau de parentesco por afinidade (sogros, genros, noras, cunhados), além dos cônjuges.
- 9.4. O **CONTRATANTE** deverá preencher por si e pelo demais Beneficiários Dependentes, todos os dados da Ficha de Adesão, apresentando os documentos comprobatórios das informações prestadas, como carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento ou casamento e comprovante de residência, solicitadas pela **ARM**;
- 9.5. Os Beneficiários Dependentes serão cadastrados, obrigatoriamente, no mesmo plano do Beneficiário Titular;
- 9.6. Os direitos dos Beneficiários Dependentes são acessórios aos do Beneficiário Titular, de forma que extinto o vínculo contratual entre **ARM** e o **CONTRATANTE**, extingue-se automaticamente o direito ao serviço odontológico ao Beneficiário Titular e a todos os seus Beneficiários Dependentes;

- 9.7. São considerados Beneficiários Dependentes aqueles inclusos pelo **CONTRATANTE** no plano no momento da celebração deste Contrato;
- 9.8. Em caso de inclusão de filhos do **CONTRATANTE**, menores de 12 (doze) anos de idade, adotados durante a vigência do presente Contrato, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo **CONTRATANTE** adotante.

## X - DAS COBERTURAS E CONCEITOS

- 10.1. A **ARM** assegura aos Beneficiários inscritos no presente Contrato, **os Procedimentos Odontológicos** da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, cujo rol de procedimentos foi instituído pela Resolução CONSU nº 10 de 03/11/1998 e última alteração pela RN nº 211 de 12/01/2010 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações, **além de outras coberturas**, portanto, a segmentação assistencial do plano está restrita à cobertura odontológica;
- 10.2. Todos os procedimentos odontológicos **cobertos pelo presente Contrato** estão relacionados no quadro a seguir:

TABELA DE COBERTURA PLANO VIP PLUS	
CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL
81000073	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA
81000111	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
81000138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
81000154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
81000170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
81000189	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
81000197	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA
81000200	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE
81000219	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE
81000235	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA
81000243	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO
81000260	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS
82000506	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA
CÓDIGO	ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM CONSULTÓRIO
81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM PRONTO SOCORRO
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO
82001308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL
82001316	REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS
85200174	CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS
<b>CÓDIGO</b>	<b>RADIOLOGIA</b>
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (PERIAPICAL SÉRIE COMPLETA)
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL OU BITE-WING
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA SEM LAUDO (ORTOPANTOGRAFIA)
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL
81000570	TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREVENÇÃO</b>
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR
84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)
84000171	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR
84000252	TESTE DE PH SALIVAR
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES
<b>CÓDIGO</b>	<b>ODONTOPEDIATRIA</b>
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA
82000700	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA OU MECÂNICA
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO
83000135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA

84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS
84000201	REMINERALIZAÇÃO
85000787	IMOBILIZAÇÃO DENTARIA EM DENTE DECIDUO
85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE
85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES
85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 FACES
85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 4 FACES
85100234	TRATAMENTO DE FLUROSE - MICROABRASÃO
85100242	ADEQUAÇÃO AO MEIO BUCAL
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE
<b>CÓDIGO</b>	<b>PACIENTES ESPECIAIS</b>
82000148	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FISICA E/OU MECANICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
<b>CÓDIGO</b>	<b>DENTISTICA</b>
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL
85100080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 1 FACE
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 2 FACES
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 3 FACES
85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 4 FACES
85100269	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO
<b>CÓDIGO</b>	<b>PERIODONTIA</b>
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE

82000689	ENXERTO PEDICULADO
82000921	GENGIVECTOMIA
82000948	GENGIVOPLASTIA
82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR
82001685	TUNELIZAÇÃO
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES
85300039	RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR
85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL
85300055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA
85300098	MANUTENÇÃO PERIODONTAL
<b>CÓDIGO</b>	<b>CIRURGIA ORAL MENOR</b>
82000034	ALVEOLOPLASTIA
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO
82000239	BIÓPSIA DE BOCA
82000247	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR
82000255	BIÓPSIA DE LÁBIO
82000263	BIÓPSIA DE LÍNGUA
82000271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA
82000280	BIÓPSIA DE MAXILA
82000298	BRIDECTOMIA
82000301	BRIDOTOMIA
82000336	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO / EXODONTIA MÚLTIPLA
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR
82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL
82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL
82000395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

82000557	CUNHA PROXIMAL
82000581	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA
82000603	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE
82000689	ENXERTO PEDICULADO
82000743	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82000778	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR
82000786	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS
82000794	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE
82000808	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA
82000816	EXODONTIA A RETALHO
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL
82001073	ODONTO-SECÇÃO
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001120	PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001154	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL
82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA
82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS
82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA
82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL
82001529	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL
82001545	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001553	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001588	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001596	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO

82001707	ULECTOMIA
82001715	ULOTOMIA
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/IMPACTADO SUPRA NUMERÁRIO
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRA NUMERÁRIO
82001758	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS
85200182	CURETAGEM APICAL
<b>CÓDIGO</b>	<b>ENDODONTIA</b>
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA
85200034	PULPECTOMIA
85200042	PULPOTOMIA
85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL
85200069	REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA
85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR
<b>CÓDIGO</b>	<b>ORTODONTIA</b>
86000098	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO
86000128	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER
<b>CÓDIGO</b>	<b>PRÓTESE</b>
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR
85400041	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)
85400068	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO (EM DENTES ANTERIORES)
85400149	COROA TOTAL METALICA UNITARIA (EM DENTES POSTERIORES)
85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO
85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)
85400262	PINO PRÉ FABRICADO
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS
85400459	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISORIA

85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE
87000059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE
<b>CÓDIGO</b>	<b>CLAREAMENTO</b>
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO (SOMENTE EM DENTES ANTERIORES)
<b>CÓDIGO</b>	<b>ATM</b>
82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR

- 10.3. Considera-se **CONSULTA INICIAL**, aquela destinada a exames e diagnóstico para elaboração de plano de tratamento;
- 10.4. **EXAME HISTOPATOLÓGICO** consiste em exame do tecido obtido em biopsia pelo dentista credenciado para diagnóstico de patologia. O laboratório credenciado **ARM** para realização do exame é definido pelo plano do Beneficiário;
- 10.5. O serviço de **ORTODONTIA** a que se refere este contrato compreende a cobertura total para a confecção do aparelho ortodôntico fixo ou móvel na rede credenciada **ARM**, na especialidade de ORTODONTIA, desde que o beneficiário coloque o aparelho e dê continuidade ao tratamento ortodôntico com o mesmo ortodontista;
- 10.6. **A DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESTÁ COBERTA** pelo plano, devendo ser realizada em clínica radiológica credenciada;
- 10.7. **A MANUTENÇÃO MENSAL NÃO ESTÁ COBERTA pelo plano, sendo os pagamentos feitos diretamente ao ortodontista credenciados;**
- 10.8. O serviço de ortodontia somente poderá ser realizado pela rede credenciada na especialidade de ORTODONTIA, nos locais indicados no site [www.armodonto.com.br](http://www.armodonto.com.br) no link “encontre seu dentista”.
- 10.9. **Exclusivamente por imperativo clínico**, mediante relatório prévio do cirurgião-dentista assistente, serão cobertos os honorários profissionais e materiais utilizados quando houver necessidade de estrutura hospitalar para a realização de qualquer procedimento coberto de acordo com o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.
- 10.10. **Prazo mínimo de validade** – o tempo aceitável para que um mesmo procedimento seja realizado novamente, tendo em vista as normas técnicas e os padrões odontológicos aceitos. Eventualmente, procedimentos odontológicos solicitados com prazos discrepantes dos prazos aceitáveis poderão ser analisados administrativamente.

## XI - DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS DO CONTRATO

11.1. O presente Contrato não prevê cobertura de custeio para os eventos que seguem:

- NOVAS MODALIDADES DE ATENDIMENTOS E/OU ESPECIALIDADES A SEREM CRIADAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DESTE CONTRATO OU AINDA NÃO PREVISTAS NO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
- TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO ODONTOLÓGICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
- TRATAMENTO CLÍNICO EXPERIMENTAL;
- IMPLANTES DE QUALQUER NATUREZA;
- CLAREAMENTO DENTAL PARA MENORES DE 15 ANOS;
- SERVIÇOS DE CORREÇÃO EXCLUSIVAMENTE ESTÉTICOS OU DE MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA: LÁBIO LEPORINO E CIRURGIAS ORTOGNÁTICAS;
- PROCEDIMENTOS DE BUCO-MAXILO-FACIAL;
- MANUTENÇÃO MENSAL RELACIONADA AOS SERVIÇOS DE ORTODONTIA;
- PROCEDIMENTOS NÃO ÉTICOS E/OU SUAS CONSEQUÊNCIAS;
- DESPESAS COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, HONORÁRIOS DA EQUIPE MÉDICA, BEM COMO MATERIAIS HOSPITALARES DECORRENTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS QUE, NÃO FOSSE POR IMPERATIVO CLÍNICO, SERIAM EXECUTADOS EM CONSULTÓRIO;
- SERVIÇOS NÃO AUTORIZADOS EM GUIA DE TRATAMENTO;
- PROCEDIMENTOS PRESTADOS POR DENTISTAS NÃO CREDENCIADOS, EXCETO PARA PROCEDIMENTOS COBERTOS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E CUJO REEMBOLSO ESTEJA PREVISTO NA CLAUSULA DE REEMBOLSO DE DESPESAS;
- ATENDIMENTOS DOMICILIARES;
- TODOS OS SERVIÇOS NÃO CONSTANTES NO PLANO DE OPÇÃO DO BENEFICIÁRIO;
- REEMBOLSO DE DESPESAS OU CUSTOS DECORRENTES DO NÃO COMPARECIMENTO DO BENEFICIÁRIO À CONSULTA POR ELE MARCADA.

## XII - DAS CARÊNCIAS

12.1. Os Beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência, contados do início da vigência do Contrato ou da data de inclusão dos Beneficiários Dependentes, conforme forma de pagamento:

### Para pagamento em 12 vezes

- Sem Carência: Atendimento de Emergência e Prevenção;
- 90 (noventa) dias de carência para: Radiologia, Odontopediatria, Exodontia, Cirurgia Oral Menor, Dentística, Periodontia Clínica, Periodontia Cirúrgica e Endodontia;
- 180 (cento e oitenta) dias de carência para: Prótese, Ortodontia e Clareamento

#### **Para pagamento em 9 vezes**

- Sem Carência: Atendimento de Emergência e Prevenção;
- 90 (noventa) dias de carência para: Radiologia, Odontopediatria, Exodontia, Cirurgia Oral Menor, Dentística, Periodontia Clínica, Periodontia Cirúrgica, Endodontia, Prótese, Ortodontia e Clareamento;

#### **Para pagamento em cartão de crédito ou boleto bancário 12 parcelas à vista**

- Sem Carência: Atendimento de Emergência, Prevenção, Radiologia, Odontopediatria, Exodontia, Cirurgia Oral Menor, Dentística, Periodontia Clínica, Periodontia Cirúrgica, Endodontia, Prótese, Ortodontia e Clareamento.

### **XIII – DA DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE**

13.1. Doença ou lesão preexistente é aquela na qual o beneficiário tem conhecimento no momento da sua adesão ao plano. A **ARM**, em razão da segmentação do produto, que é **EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO**, não aplicará a **COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA**, disponibilizando cobertura integral, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos Cobertos editado pela Agência Nacional de Saúde (ANS);

### **XIV – DOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA**

- 14.1. Consideram-se **ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA**, na área da odontologia e para fins deste Contrato, aqueles que forem decorrentes das exigências de atendimento imediato e/ou situações que necessitam procedimentos clínicos para supressão de dor;
- 14.2. Os atendimentos de emergência, serão realizados em prontos-socorros ou clínicas credenciadas;

### **XV - DA REDE CREDENCIADA E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO**

- 15.1. A **ARM** colocará à disposição dos Beneficiários de seu Plano de Saúde, para a garantia da cobertura da assistência odontológica ora contratada, sua **REDE CREDENCIADA** disponível no site ARM [www.armodonto.com.br](http://www.armodonto.com.br) no link “encontre seu dentista”, o qual faz parte integrante deste Contrato;
- 15.2. A **REDE CREDENCIADA** a que se refere este Contrato é composta de consultórios, centros odontológicos, unidades de serviços radiológicos, prontos-socorros, e respectivos profissionais da área que prestam serviços aos Beneficiários deste Contrato, dentro dos serviços exclusivamente descritos e cobertos pelo plano de opção do **CONTRATANTE**;
- 15.3. Cabe a **ARM** o direito de incluir e excluir dentistas em sua **REDE CREDENCIADA**, em caso de exclusão, a **ARM** fará a substituição por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos;

- 15.4. A **ARM** disponibiliza ao **CONTRATANTE** o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), partes integrantes deste contrato que estão disponíveis para download no site da ARM [www.armodonto.com.br](http://www.armodonto.com.br);
- 15.5. Para utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou ao profissional credenciado pela **ARM**, a carteira de identificação do Beneficiário em conjunto com um documento de identidade;
- 15.6. O Beneficiário será atendido por cirurgiões-dentistas credenciados pela **ARM**, sempre em conformidade com o padrão estabelecido em seu plano, mediante hora marcada, sendo, a data e a hora da consulta, determinadas por iniciativa do Beneficiário e de acordo com a disponibilidade de horários do profissional escolhido;
- 15.7. O ônus decorrente do não comparecimento, do Beneficiário à consulta marcada, será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista o direito de cobrar pela ausência diretamente ao Beneficiário;
- 15.8. Em caso de serviços não cobertos pelo plano do Beneficiário este deverá negociar diretamente o valor e pagamento com o dentista credenciado;
- 15.9. A **ARM** poderá, a qualquer tempo, solicitar perícia especial no Beneficiário, visando à manutenção do padrão de qualidade, autorização do tratamento odontológico proposto e/ou para dirimir dúvidas técnicas;
- 15.10. As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente Contrato deverão ser dirimidas, de comum acordo, por meio de arbitragem Odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE**, outro pela **ARM** e um terceiro, escolhido de comum acordo entre os dois primeiros;
  - a. Se não houver acordo quanto à escolha do terceiro árbitro, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades da Classe sediada na localidade do escritório da **ARM**;
  - b. Cada uma das partes pagará os honorários do árbitro que designar, sendo que os honorários do terceiro árbitro serão pagos pelo **CONTRATANTE** e pela **ARM** em partes iguais;
- 15.11. As partes comprometem-se a não promover qualquer ação judicial com base no presente Contrato antes do pronunciamento da Junta;
- 15.12. Cabe aos cirurgiões-dentistas integrantes do corpo clínico e dos estabelecimentos de saúde toda a responsabilidade pelo tratamento instituído;
- 15.13. A autorização por parte da **ARM** de eventos não previstos ou excluídos deste contrato não confere ao **CONTRATANTE** o direito adquirido e/ou extensão de abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **ARM**;
- 15.14. A tolerância ou a demora da **ARM** em exigir do **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido o seu cumprimento.

## XVI – DO REEMBOLSO DE DESPESAS

- 16.1. A **ARM** fará o reembolso das despesas realizadas pelo Beneficiário para os procedimentos odontológicos cobertos pelo seu plano, **exclusivamente nos casos em que o Beneficiário necessite de atendimento de urgência e de emergência e esteja impossibilitado de utilizar a rede credenciada ARM**, desde que ocorrido em território nacional, após sua avaliação e comprovação;
- 16.2. O pagamento do reembolso pela **ARM** ao Beneficiário será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o recebimento da seguinte documentação completa e original, seguindo as normas operacionais da ARM:
- Recibos e/ou notas fiscais comprobatórios do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **ARM**;
  - Relatório do dentista indicando: a patologia, o procedimento adotado, a data da realização do procedimento, o nome completo e o cpf do beneficiário, a assinatura e carimbo do cirurgião-dentista e acompanhado das radiografias iniciais e finais dos serviços executados, se for o caso;
  - A documentação para reembolso deve ser entregue a **ARM** no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data da realização dos procedimentos;
  - Para pagamento do reembolso o **CONTRATANTE** deverá informar seus dados bancários para que a **ARM** possa efetuar o reembolso;
  - Se a documentação não estiver completa para o cálculo do reembolso, a ARM poderá solicitar ao **CONTRATANTE** informações ou documentações complementares no prazo de até 30 (trinta) dias, o que acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias a partir do cumprimento das solicitações;
  - O não cumprimento de qualquer das condições estabelecidas na cláusula acima, implicará no não reembolso das despesas experimentadas.
- 16.3. A **ARM** pagará o fator de reembolso é de R\$ 0,30 (trinta centavos) por USO (Unidade de Serviço Odontológico) de acordo com a **Tabela de Reembolso ARM**, que segue abaixo:

TABELA DE REEMBOLSO PLANO VIP PLUS			
Código	DIAGNÓSTICO	USO	Reais
81000065	Consulta odontológica inicial	10	R\$ 3,00
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	10	R\$ 3,00
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	10	R\$ 3,00
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	10	R\$ 3,00

81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	10	R\$ 3,00
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	10	R\$ 3,00
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	60	R\$ 18,00
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	60	R\$ 18,00
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose	60	R\$ 18,00
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	60	R\$ 18,00
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento	60	R\$ 18,00
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	60	R\$ 18,00
82000506	Controle pós-operatório em odontologia	10	R\$ 3,00
<b>Código</b>	<b>ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
81000049	Consulta odontológica de urgência em consultório (prescrição medicamentosa)	65	R\$ 19,50
81000057	Consulta odontológica de urgência em Pronto Socorro	65	R\$ 19,50
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	65	R\$ 19,50
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	65	R\$ 19,50
82001022	Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	65	R\$ 19,50
82001030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	65	R\$ 19,50
82001251	Reimplante dentário com contenção	65	R\$ 19,50
82001308	Remoção de dreno extra-oral	20	R\$ 6,00
82001316	Remoção de dreno intra-oral	20	R\$ 6,00
82001650	Tratamento de alveolite	65	R\$ 19,50
85100048	Colagem de fragmentos dentários	130	R\$ 39,00
85200174	Curativo endodôntico em situação de urgência	65	R\$ 19,50
85300080	Tratamento de pericoronarite	60	R\$ 18,00
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	90	R\$ 27,00
<b>Código</b>	<b>RADIOLOGIA</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
81000294	Levantamento radiográfico (periapical série completa)	220	R\$ 66,00
81000375	Radiografia interproximal ou <i>bite-wing</i>	15	R\$ 4,50
81000383	Radiografia oclusal	26	R\$ 7,80
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (sem laudo) - Ortodontografia	100	R\$ 30,00
81000421	Radiografia periapical	15	R\$ 4,50
81000570	Técnica de localização radiográfica	65	R\$ 19,50

<b>Código</b>	<b>PREVENÇÃO</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
84000090	Aplicação tópica de flúor	60	R\$ 18,00
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	14	R\$ 4,20
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	10	R\$ 3,00
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	90	R\$ 27,00
84000171	Controle de cárie incipiente (por arcada)	5	R\$ 1,50
84000198	Profilaxia: polimento coronário	20	R\$ 6,00
84000244	Teste de fluxo salivar	60	R\$ 4,50
84000252	Teste de PH da saliva	60	R\$ 18,00
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	10	R\$ 3,00
<b>Código</b>	<b>ODONTOPEDIATRIA</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
81000014	Condicionamento em odontologia	65	R\$ 19,50
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	65	R\$ 19,50
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo (por elemento)	180	R\$ 54,00
83000046	Coroa de aço em dente decíduo (por elemento)	180	R\$ 54,00
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo (por elemento)	180	R\$ 54,00
83000089	Exodontia simples de decíduo	85	R\$ 25,50
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	110	R\$ 33,00
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	32	R\$ 9,60
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	150	R\$ 45,00
84000031	Aplicação de cariostático	5	R\$ 1,50
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	11	R\$ 3,30
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	10	R\$ 3,00
84000201	Remineralização	14	R\$ 4,20
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos (por arco)	75	R\$ 22,50
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	65	R\$ 19,50
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	80	R\$ 24,00
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	90	R\$ 27,00
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	100	R\$ 30,00
85100234	Tratamento de fluorose – microabrasão	5	R\$ 1,50
85100242	Adequação ao meio bucal	65	R\$ 19,50
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	32	R\$ 9,60
<b>Código</b>	<b>PACIENTES ESPECIAIS</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
82000148	Estabilização por contenção física e/ou mecânica em pacientes c/ necessidades especiais	65	R\$ 19,50
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes c/ necessidades especiais	10	R\$ 3,00

87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	65	R\$ 19,50
<b>Código</b>	<b>DENTÍSTICA</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	160	R\$ 48,00
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	32	R\$ 9,60
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	65	R\$ 19,50
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	80	R\$ 24,00
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	100	R\$ 30,00
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	110	R\$ 33,00
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	70	R\$ 21,00
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	90	R\$ 27,00
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	110	R\$ 33,00
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	120	R\$ 36,00
85100269	Dessensibilização dentinária	20	R\$ 6,00
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo	60	R\$ 18,00
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	60	R\$ 18,00
85400211	Núcleo de preenchimento	105	R\$ 31,50
<b>Código</b>	<b>PERIODONTIA</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
82000212	Aumento de coroa clínica	155	R\$ 46,50
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	420	R\$ 126,00
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial	395	R\$ 118,50
82000662	Enxerto gengival livre	395	R\$ 118,50
82000689	Enxerto pediculado	420	R\$ 126,00
82000921	Gengivectomia	90	R\$ 27,00
82000948	Gengivoplastia	90	R\$ 27,00
82001464	Sepultamento radicular	25	R\$ 7,50
82001685	Tunelização	65	R\$ 19,50
85300012	Dessensibilização dentária	20	R\$ 6,00
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	90	R\$ 27,00
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	90	R\$ 27,00
85300047	Raspagem supra-gengival	25	R\$ 7,50
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental	20	R\$ 6,00
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	24	R\$ 7,20
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA	90	R\$ 27,00
85300098	Manutenção Periodontal	90	R\$ 27,00

Código	CIRURGIA	USO	Reais
82000034	Alveoloplastia	25	R\$ 7,50
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	265	R\$ 79,50
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	185	R\$ 55,50
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	265	R\$ 79,50
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	253	R\$ 75,90
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	292	R\$ 87,60
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	278	R\$ 83,40
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	240	R\$ 72,00
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	225	R\$ 67,50
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	300	R\$ 90,00
82000239	Biópsia de boca	80	R\$ 24,00
82000247	Biópsia de glândula salivar	80	R\$ 24,00
82000255	Biópsia de lábio	80	R\$ 24,00
82000263	Biópsia de língua	80	R\$ 24,00
82000271	Biópsia de mandíbula	80	R\$ 24,00
82000280	Biópsia de maxila	80	R\$ 24,00
82000298	Bridectomia	120	R\$ 36,00
82000301	Bridotomia	120	R\$ 36,00
82000336	Cirurgia odontológica a retalho / exodontia múltipla	225	R\$ 67,50
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	200	R\$ 60,00
82000360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral	230	R\$ 69,00
82000387	Cirurgia para torus mandibular - unilateral	180	R\$ 54,00
82000395	Cirurgia para torus palatino	200	R\$ 60,00
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	110	R\$ 33,00
82000557	Cunha proximal	113	R\$ 39,90
82000581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	395	R\$ 118,50
82000603	Enxerto com osso autógeno do mento	395	R\$ 118,50
82000662	Enxerto gengival livre	395	R\$ 118,50
82000689	Enxerto pediculado	395	R\$ 118,50
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	230	R\$ 69,00
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	120	R\$ 36,00
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	260	R\$ 78,00
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	120	R\$ 36,00
82000808	Exérese ou excisão de rânula	230	R\$ 69,00
82000816	Exodontia a retalho	225	R\$ 67,50
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	120	R\$ 36,00
82000859	Exodontia de raiz residual	120	R\$ 36,00

82000875	Exodontia simples de permanente	120	R\$ 36,00
82000883	Frenulectomia labial	120	R\$ 36,00
82000891	Frenulectomia lingual	120	R\$ 36,00
82000905	Frenulotomia labial	120	R\$ 36,00
82000913	Frenulotomia lingual	120	R\$ 36,00
82001073	Odonto-secção	175	R\$ 52,50
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	110	R\$ 33,00
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial	110	R\$ 33,00
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	300	R\$ 90,00
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	330	R\$ 99,00
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	330	R\$ 99,00
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	530	R\$ 159,00
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	330	R\$ 99,00
82001367	Remoção de odontoma	330	R\$ 99,00
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	65	R\$ 19,50
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	330	R\$ 99,00
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	200	R\$ 60,00
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	200	R\$ 60,00
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial	120	R\$ 36,00
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	65	R\$ 19,50
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	260	R\$ 78,00
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	260	R\$ 78,00
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (por arcada)	280	R\$ 84,00
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução	260	R\$ 78,00
82001707	Ulectomia	70	R\$ 21,00
82001715	Ulotomia	70	R\$ 21,00
82001731	Exodontia de dente semi-incluso / impactado supra numerário	330	R\$ 99,00
82001740	Exodontia de dente incluso / impactado supra numerário	530	R\$ 159,00
82001758	Marsupialização de cistos odontológicos	530	R\$ 159,00
85200182	Curetagem apical	530	R\$ 159,00

<b>Código</b>	<b>ENDODONTIA</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
85100013	Capeamento pulpar direto	110	R\$ 33,00
85100056	Curativo de demora em endodontia (sessão de hidróxido de cálcio)	90	R\$ 27,00
85200034	Pulpectomia	110	R\$ 33,00
85200042	Pulpotomia	110	R\$ 33,00
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	190	R\$ 57,00
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	190	R\$ 57,00
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	110	R\$ 33,00
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	470	R\$ 141,00
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	570	R\$ 171,00
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	360	R\$ 108,00
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica (por elemento)	200	R\$ 60,00
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	90	R\$ 27,00
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	380	R\$ 114,00
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	515	R\$ 154,50
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	310	R\$ 93,00
<b>Código</b>	<b>ORTODONTIA</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
86000098	Aparelho ortodôntico fixo metálico	220	R\$ 66,00
86000128	Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler	220	R\$ 66,00
<b>Código</b>	<b>PRÓTESE</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	10	R\$ 3,00
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	100	R\$ 30,00
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	100	R\$ 30,00
85400076	Coroa provisória com pino	130	R\$ 39,00
85400084	Coroa provisória sem pino	130	R\$ 39,00
85400114	Coroa total em cerômero unitária (em dentes anteriores)	480	R\$ 144,00
85400149	Coroa total metálica unitária (em dentes posteriores)	480	R\$ 144,00
85400220	Núcleo metálico fundido	280	R\$ 84,00
85400246	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	506,67	R\$ 152,00
85400262	Pino pré-fabricado	280	R\$ 84,00
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	270	R\$ 81,00
85400459	Provisório para restauração metálica fundida - Técnica Direta	130	R\$ 39,00
85400475	Reembasamento de coroa provisória	5	R\$ 1,50
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato	100	R\$ 30,00
85400505	Remoção de trabalho protético	60	R\$ 18,00
85400556	Restauração metálica fundida - RMF	430	R\$ 129,00
87000040	Coroa de acetato em dente permanente (por elemento)	180	R\$ 54,00
87000059	Coroa de aço em dente permanente (por elemento)	180	R\$ 54,00

87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente (por elemento)	180	R\$ 54,00
<b>Código</b>	<b>CLAREAMENTO</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
85100021	Clareamento dentário caseiro (por arcada)	200	R\$ 60,00
85200018	Clareamento de dente desvitalizado (por elemento somente em dentes anteriores)	20	R\$ 6,00
<b>Código</b>	<b>ATM</b>	<b>USO</b>	<b>Reais</b>
82001197	Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular	120	R\$ 36,00
82001642	Tratamento conservador de luxação de articulação têmporo-mandibular	200	R\$ 60,00

## XVII - DA VIGÊNCIA

- 17.1. O presente Contrato terá prazo de duração de 12 (doze) meses, a contar da data na proposta de adesão, no instrumento jurídico em si ou da confirmação do pagamento referente a mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, e sua renovação será automática, vigorando por prazo indeterminado, devendo, obrigatoriamente, o **CONTRATANTE** permanecer no plano o primeiro período contratual;
- 17.2. Caso não haja concordância com a renovação automática o **CONTRATANTE** deverá notificar previamente a ARM, manifestando o seu não interesse pela manutenção do contrato;
- 17.3. Considerando que contrato está disponibilizado para aquisição pela Internet, **no site da ARM ([www.armodonto.com.br](http://www.armodonto.com.br))**, o consumidor contratante que optar por esta via de contratação, deverá preencher a ficha de adesão e enviar pelo próprio site para integrar a base de dados da **ARM**, bem como, deverá efetuar o pagamento por cartão de crédito ou imprimir o boleto da primeira mensalidade para pagamento em qualquer estabelecimento bancário;
- 17.4. A efetivação do pagamento do cartão crédito ou boleto impresso pelo **site ARM [www.armodonto.com.br](http://www.armodonto.com.br)** torna válido este Contrato em todos os seus termos, para todos os efeitos legais;
- 17.5. Para garantia do consumidor, este contrato deve ser impresso e arquivado juntamente com a ficha de adesão;

## XVIII – DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

- 18.1. Caso não haja manifestação expressa do **CONTRATANTE** com 60 (sessenta) dias antes do seu término e, desde que as mensalidades estejam em dia, o contrato se renovará por prazo indeterminado, sem que caiba a cobrança de qualquer taxa de renovação.

## XIX - DAS MENSALIDADES

- 19.1. As mensalidades do Plano Odontológico serão cobradas pelo sistema de pré-pagamento, com valores pré-fixados.

## XX - DO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

- 20.1. O **CONTRATANTE** pagará a **ARM**, a mensalidade do Plano de Assistência Odontológica, sendo este valor referente à sua inscrição, assim como a de seus dependentes, cujos valores, estão especificados na **Ficha de Adesão**;
- 20.2. Quando o **CONTRATANTE** optar pelo pagamento mensal através de boleto bancário, o vencimento das parcelas mensais será sempre no mesmo dia dos meses subsequentes do vencimento do primeiro boleto bancário ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em dia feriado ou que não haja expediente bancário;
- 20.3. O valor por Beneficiário Dependente excluído do contrato será refletido no primeiro boleto subsequente ao mês de alteração cadastral, não implicando em justificativas para atraso de pagamento;
- 20.4. O não recebimento do documento de cobrança não desobriga o **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal;
- 20.5. Não recebendo o documento de cobrança, até a data do vencimento, o **CONTRATANTE** deverá comunicar-se imediatamente com a **ARM** para obter orientação de como realizar o pagamento;
- 20.6. O recebimento pela **ARM** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação;
- 20.7. O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores;
- 20.8. Qualquer atraso no pagamento das mensalidades constituirá de pleno direito em mora ao **CONTRATANTE**, ficando o valor acrescido de multa de 2% (dois por cento), além dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculado dia a dia;
- 20.9. Independentemente da utilização dos serviços prestados, é obrigação da **CONTRATANTE** pagar as mensalidades de acordo com o estabelecido entre as partes através deste contrato;
- 20.10. Nenhum pagamento será reconhecido se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados;
- 20.11. Ocorrendo perda ou extravio da carteira de identificação do Beneficiário, o **CONTRATANTE** obriga-se a participar o fato a **ARM** imediatamente e por escrito, solicitando a segunda via, devendo ainda arcar com esta despesa de confecção, que será debitada no boleto do mês subsequente. O valor da segunda via da Carteira do Associado **ARM** será de R\$ 5,00 (cinco reais).

## XXI - DO REAJUSTE

- 21.1. As mensalidades serão reajustadas de acordo com o índice do IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo divulgado pelo IBGE, acumulado no período dos últimos doze meses, na

data de aniversário do contrato;

- 21.2. A operadora está obrigada a informar no boleto de cobrança da mensalidade, o índice aplicado e seu percentual, o período a que se refere e as parcelas diluídas no caso de cobrança retroativa;
- 21.3. As novas inclusões serão processadas com o valor reajustado da mensalidade de forma a manter-se a equiparação entre todos os beneficiários do contrato.
- 21.4. O reajuste será aplicado a todos os beneficiários, independente da data de suas inclusões, considerando como data base única, a data de aniversário de vigência do contrato.
- 21.5. Não haverá percentuais de reajuste diferenciados no mesmo plano e mesmo contrato.

## **XXII - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

- 22.1. Mediante solicitação, por escrito da **CONTRATANTE**, a **ARM** procederá à exclusão cadastral do Beneficiário Dependente, que implicará na perda do direito de atendimento, a partir do último dia do mês pago pela **CONTRATANTE**;
- 22.2. As despesas decorrentes do atendimento do Beneficiário excluído, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada a **ARM**, serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**, ficando a **ARM** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos incorridos;
- 22.3. A **ARM** poderá, entretanto, excluir ou suspender qualquer dependente, sem anuência da **CONTRATANTE** quando ocorrer qualquer fraude em documentos, uso de má-fé ou omissão em informações e conduta inadequada dentro das instalações da operadora ou de seus CREDENCIADOS ou ainda pela perda da relação de dependência, não lhes assistindo direito a qualquer dos benefícios previstos neste contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.
- 22.4. **O CONTRATANTE** responderá por todas as despesas e prejuízos decorrentes do atendimento de qualquer Beneficiário após a perda da qualidade de Beneficiário do plano.
- 22.5. Também perderá a qualidade de Beneficiário, o(s) Dependente(s) de titular que tenha falecido na vigência do contrato e que não solicitar à operadora, a substituição da titularidade.

## **XXIII- DA RESCISÃO**

- 23.1. A **ARM** terá o direito de suspender ou rescindir este Contrato unilateralmente, caso ocorra atraso, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades, desde que tenha comunicado o **CONTRATANTE**, sua condição de inadimplência até o 50º (quingüagésimo) dia de atraso, cumulado ou consecutivo;
- 23.2. Em caso de rescisão do presente Contrato, ou eventual exclusão de Beneficiário(s), que não seja por morte, antes de 12 meses de vigência inicial, incidirá ao **CONTRATANTE** o pagamento de multa de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para completar o período,

relativo aos números de Beneficiários(s) excluídos, independentemente da utilização;

- 23.3. O pedido de cancelamento do **CONTRATANTE** deverá ocorrer por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência do vencimento do contrato;
- 23.4. Após o primeiro ano de vigência, o **CONTRATANTE** poderá a qualquer tempo, extinguir o presente contrato, mediante formalização por escrito, via e-mail ou site **ARM** [www.armodonto.com.br](http://www.armodonto.com.br);
- 23.5. Qualquer atendimento efetuado após efetivação da rescisão, constitui dívida líquida e certa da **CONTRATANTE** para com a **ARM**;
- 23.6. A responsabilidade da **ARM** quanto aos atendimentos, concluídos ou não, cessa automaticamente com a efetivação da rescisão do presente Contrato;
- 23.7. Não será permitido, em hipótese alguma, a inclusão ou exclusão de Beneficiários após o recebimento da notificação de rescisão pela **ARM**;
- 23.8. O Beneficiário excluído que deseje retornar ao plano deverá assinar novo contrato e cumprir integralmente os seus prazos de carência, antes de retornar ao tratamento;
- 23.9. O **CONTRATANTE** admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas mensalidades, do uso indevido, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato;
- 23.10. São intransferíveis, a qualquer título e sob qualquer fundamento que seja, os direitos emanados desta avença.
- 23.11. Fica garantido à **ARM** o uso dos recursos legais necessários para cobrança das mensalidades em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito;

#### **XXIV- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 24.1. Fica o **CONTRATANTE** obrigado a manter atualizados junto à **ARM**, o seu endereço, telefone e e-mail para contato, sob pena de lhe ser imputada a ciência de comunicações que eventualmente a **ARM** tenha encaminhado por e-mail, com todas as consequências disso derivadas.
- 24.2. O não exercício, pelas partes, de quaisquer dos direitos ou prerrogativas previstos neste Contrato, ou mesmo na legislação aplicável, será tido como ato de mera liberalidade, não constituindo alteração ou novação das obrigações ora estabelecidas, cujo cumprimento poderá ser exigido a qualquer tempo, independentemente de comunicação prévia à parte. Este Contrato só poderá ser alterado, em qualquer de suas disposições, mediante a celebração, por escrito, de termo aditivo contratual;
- 24.3. Não é admitida a presunção de que a **ARM** e/ou a **CONTRATANTE** possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato, de seus aditivos ou de comunicações posteriores por escrito;

- 24.4. Através deste contrato tanto CONTRATANTE quanto beneficiários tem conhecimento da LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados a entrar em vigência em agosto/2020 e, AUTORIZAM a ARM Planos Odontológicos Ltda., o USO dos meus dados pessoais e assistenciais e de meus dependentes, a título gratuito, para fins de utilização do aplicativo ARM em meu celular para o envio de boletins informativos, notícias e outros comunicados, bem como, para processar a transmissão e o armazenamento entre os profissionais da sua rede credenciada, farmácias, e para a ANS para fins determinados pela Lei 9.656/98 e as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- 24.5. O presente contrato está devidamente registrado no **8º Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Capital** - São Paulo, registrado em microfilme sob nº **3400878**.

#### **XXV - DO FORO**

As partes elegem o Foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer dúvida ou pendência judicial a respeito deste Contrato.