

Plano

Bradesco Dental

Mult Orto

Mult Fit

Mult Estética

Conheça as características do seu Plano:

- Guia de Leitura Contratual
- Contrato de Plano Odontológico
- Tabela de Procedimentos Cobertos - T.P.CO

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	II
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	II
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	III
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	III
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	IV
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	V

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	VI
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	X
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 e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	XI
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	XI
RESCISÃO SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	XI

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa - RN nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



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

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

Índice do Contrato de Plano Odontológico

Cláusula 1ª - Do Objeto.....	I
Cláusula 2ª - Natureza do Contrato	I
Cláusula 3ª - Definições	I
Cláusula 4ª - Das Características do Plano	II
Cláusula 5ª - Do Tipo de Contratação.....	II
Cláusula 6ª - Das Condições de Admissão e de Exclusão dos Beneficiários.....	III
Cláusula 7ª - Da Cobertura e Procedimentos Garantidos.....	V
Cláusula 8ª - Das Exclusões de Cobertura	V
Cláusula 9ª - Da Carência.....	VI
Cláusula 10ª - Das Condições De Atendimento Junto à Rede Credenciada	VI
Cláusula 11ª - Do Atendimento de Urgência e Emergência.....	VII
Cláusula 12ª - Do Acesso A Livre Escolha e Prestadores.....	IX
Cláusula 13ª - Preço da Mensalidade e Forma de Pagamento	XI
Cláusula 14ª - Do Reajuste	XII
Cláusula 15ª - Da Vigência e das Condições de Renovação Automática.....	XII
Cláusula 16ª - Da Rescisão do Contrato.....	XIII
Cláusula 17ª - Das Disposições Gerais.....	XIII
Cláusula 18ª - Do Foro	XIV

Contrato de Plano Odontológico - Plano Individual ou Familiar - que entre si fazem, de um lado, **ODONTOPREV S.A.**, Operadora de Planos Exclusivamente Odontológicos, detentora dos direitos de utilização da marca BRADESCO DENTAL, com sede no Município de Barueri, Estado de São Paulo, na Av. Marcos Penteado de Uihôa Rodrigues, 939 - 13 ° andar - Edifício Jatobá - Torre II, Tamboré, CEP 06460-040, inscrita no CNPJ/MF sob o n.0 58.119.199/0001-51, registrada no Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo sob o n.0 2728 e na ANS sob o n. 30.194-9 e classificada como Odontologia de Grupo, daqui por diante denominada **OPERADORA**, e o **CONTRATANTE**, qualificado na Proposta de Adesão, sendo Beneficiários somente as pessoas por este indicadas, regendo-se de acordo com as seguintes cláusulas:

Cláusula 1ª - DO OBJETO

1.1. O presente Contrato, de prestação continuada, tem por objeto a cobertura de custos pela **OPERADORA** das despesas com os procedimentos odontológicos prestados, por odontólogos integrantes de sua Rede Credenciada, ou mediante livre escolha de profissionais odontólogos, aos Beneficiários indicados na Proposta de Adesão, de acordo com as coberturas estabelecidas no presente Contrato, visando ainda a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, observando-se o Rol de Procedimentos editado pela ANS vigente à época do evento, em atenção ao que estabelece a Lei nº 9.656/1998.

1.2. A Proposta de Adesão, a Tabela de Procedimentos Cobertos - T.P.CO e os demais documentos necessários à operação deste Plano de Benefícios fazem parte integrante do presente Contrato.

Cláusula 2ª - DA NATUREZA DO CONTRATO

2.1. Trata-se de contrato de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, inclusive a obrigação de pagar a mensalidade, independentemente da utilização do Plano de Benefícios, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula 3ª - DAS DEFINIÇÕES

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

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

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

Contratante: é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão, que contrata o Plano de Benefícios Odontológicos para si próprio, na qualidade de Beneficiário Titular, e/ou para seus Dependentes.

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

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

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

Tabela de Procedimentos Cobertos -T.P.CO: é a lista indicativa de procedimentos odontológicos aplicados às hipóteses em que seja necessária a aferição de cobertura dos serviços de assistência odontológica. Esta tabela encontra-se devidamente registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, Estado de São Paulo, juntamente com os demais documentos integrantes do Contrato, sendo que, além do Cartório, a tabela está disponibilizada para consulta dos Beneficiários na sede da **OPERADORA**, bem como no sítio da **OPERADORA** na internet.

Cláusula 4ª - DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

4.1. O Plano de Benefícios de que trata este Contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 487.886/21-8; nº 487.885/21-0 e nº 487.891/21-4, sendo denominado para fins comerciais como **Plano Bradesco Dental Mult Orto IFLE; Plano Bradesco Dental Mult Fit IFLE e Plano Bradesco Dental Mult Estética IFLE** respectivamente.

4.2. Nos termos do item 2, do Anexo II da RN n.º 100/2005 expedida pela ANS, o tipo de segmentação assistencial dos **Plano Bradesco Dental Mult Orto IFLE; Plano Bradesco Dental Mult Fit IFLE e Plano Bradesco Dental Mult Estética IFLE** é Odontológica.

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

Cláusula 5ª - DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1. O Plano de Benefícios objeto deste Contrato é destinado exclusivamente para pessoas físicas, observando-se as seguintes variações:

a) Contrato INDIVIDUAL é aquele que tem um único Beneficiário Titular.

b) Contrato EM GRUPO é aquele que tem como Beneficiários, além do Beneficiário Titular, o mínimo de 01 (um) Beneficiário Dependente.

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

5.2. Os menores de 18 (dezoito) anos de idade, somente poderão ser Beneficiários Titulares de um Contrato, quando tiver um **responsável legal** maior de idade, podendo este não ser Beneficiário do Contrato.

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

Cláusula 6ª - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E DE EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

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

a) É considerado Beneficiário Titular, aquele indicado como tal na Proposta de Adesão.

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

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

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

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

6.3. Nos termos do inciso VII do artigo 12, da Lei 9.656/98, é assegurado ao filho adotivo do Beneficiário Titular, 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.

6.4. Os Beneficiários Dependentes serão excluídos do presente Contrato, na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

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

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

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

6.4.3. A extinção do vínculo do Beneficiário Titular (**CONTRATANTE**) do presente Contrato, ressalvadas as hipóteses de rescisão por inadimplência e/ou fraude, previstas no item 16.3., não necessariamente extingue o presente Contrato, sendo facultado aos Beneficiários Dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, desde que no prazo de 30 (trinta) dias seja expressamente manifestado o interesse na manutenção do Plano de Benefícios, devendo ser indicado o responsável pelo pagamento.

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

6.6. Em caso de óbito do **CONTRATANTE**, o cônjuge Beneficiário ou o Beneficiário mais

idoso, passará a ser responsável pelo pagamento das mensalidades, tornando-se o novo Beneficiário Titular. Nesses casos, a **OPERADORA** deverá ser comunicada, por escrito, do óbito, para que proceda a referida alteração contratual.

Cláusula 7ª - DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

- a) dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9.656/98;
- b) dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento; e ainda,
- c) de procedimentos diagnósticos, do exame clínico, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia;

7.2. Além das coberturas acima citadas, aos Beneficiários incluídos no Contrato são asseguradas as coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal.

7.3. 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 odontológicos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.

7.4. Os procedimentos cobertos pelo Plano de Benefícios são aqueles descritos na Tabela de Procedimentos Cobertos -T.P.CO.

Cláusula 8ª - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1 Em qualquer hipótese, os procedimentos abaixo listados, 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 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;
- Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias.

Cláusula 9ª - DA CARÊNCIA

9.1. Os Beneficiários cumprirão os prazos de carência indicados na Proposta de Adesão, contados a partir da data da assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do presente contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, respeitando os seguintes prazos máximos:

Plano	Especialidade	Mensal	Anual
MULT ESTÉTICA	Emergência	24 horas	24 horas
	Cirurgia, Dentística, Diagnóstico, Endodontia, Odontopediatria, Prevenção, Periodontia e Radiologia	90 dias	60 dias
	Ortodontia, Doc. Ortodôntica, Clareamento e Prótese	180 dias	90 dias
MULT ORTO	Emergência	24 horas	24 horas
	Cirurgia, Dentística, Diagnóstico, Endodontia, Odontopediatria, Prevenção, Periodontia e Radiologia	90 dias	60 dias
	Ortodontia, Doc. Ortodôntica e Prótese	180 dias	90 dias
MULT FIT	Emergência	24 horas	24 horas
	Cirurgia, Dentística, Diagnóstico, Endodontia, Odontopediatria, Prevenção, Periodontia e Radiologia	90 dias	60 dias
	Doc. Ortodôntica, Clareamento e Prótese	180 dias	90 dias

Cláusula 10ª - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO JUNTO A REDE CREDENCIADA

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

10.2. O ônus decorrente da ausência do Beneficiário a qualquer consulta, será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista integrante da Rede Credenciada, o direito de cobrar o equivalente a 01 (uma) consulta inicial.

10.3. No ato da consulta o Beneficiário deverá apresentar a carteirinha digital ou física, o CPF mais documento oficial com foto.

10.4. Os procedimentos que requerem autorização prévia e autorização especial estão assim indicados na Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial.

10.4.1. A resposta à solicitação de autorização prévia será emitida pela **OPERADORA** 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 **OPERADORA** da documentação abaixo relacionada:

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

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

10.5.1. 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 **OPERADORA**.

10.6. Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada, o Beneficiário poderá consultar a Central de Relacionamento com o Cliente da **OPERADORA**, através do número que está indicado na Proposta de Adesão, ou ainda pelo sítio da **OPERADORA** no seguinte endereço: **bradescoseguros.com.br**

Cláusula 11ª - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

11.2. O presente Contrato garante, cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os atendimentos de urgência e emergência.

11.3. A **OPERADORA** assegurará o reembolso, de acordo com a Tabela de Procedimentos Cobertos – T.P.CO, das despesas efetuadas pelo Beneficiário nos casos de urgência ou emergência, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano de Benefícios, sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela **OPERADORA** junto a sua Rede Credenciada.

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

Formulário de Requisição de Reembolso (FRR), que está disponível no portal **www.bradescoseguros.com.br**. Este formulário deverá conter:

- Dados do beneficiário atendido (titular ou dependente).
- Dados bancários do beneficiário titular do plano e CPF.
- Descrição do tratamento odontológico realizado, que deve conter para cada evento: descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha) com número do dente/ área ou região, faces, quantidade, valor individual e data de realização.
- Dados completos do Cirurgião Dentista (com CPF e CRO) em se tratando de dentista Pessoa Física, ou dados da clínica odontológica (com CNPJ), com dados do profissional que realizou o tratamento (Nome, CPF e CRO).
- Assinatura do beneficiário Titular e do dentista que realizou o tratamento.

Recibo ou Nota Fiscal no mesmo valor do tratamento realizado, sendo:

- Recibo para dentistas pessoa física (CPF) e comprovante do pagamento realizado.
- Nota Fiscal para dentistas pessoa jurídica (CNPJ) e comprovante do pagamento realizado.
- Radiografias e/ou fotografias pré-tratamento, devidamente datadas com data dentro da vigência do plano registrando a situação pré-tratamento do beneficiário (imagens iniciais).
- Radiografias e/ou fotografias pós tratamento, devidamente datadas registrando a situação pós tratamento (imagens finais).
- As radiografias ou fotografias devem ser realizadas em Clínica Radiológica Credenciada, ou em Clínica Radiológica Particular.
- Não serão aceitas imagens realizadas em Consultórios Odontológicos.
- No caso de tratamentos ortodônticos, deve ser apresentada a documentação odontológica completa com descrição e laudo da maloclusão apresentada, bem como prazo de tratamento e justificativa técnica para instalação do aparelho.
- No caso de haver dúvidas quanto à execução e indicação do tratamento, poderão ser solicitados documentos complementares para esclarecimento.

Termo de consentimento do beneficiário autorizando a realização do tratamento e com cópia de um documento pessoal. Este termo deverá conter o diagnóstico, descrição, data e local de realização dos eventos e prognóstico do caso.

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

11.6. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **OPERADORA** poderá pedir informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias, após a chegada da documentação. Isto

acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias, a partir do cumprimento das solicitações, para que o reembolso possa ser efetuado.

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

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

Cláusula 12ª - DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

12.1. O Beneficiário poderá realizar tanto na Rede Credenciada como em profissionais odontólogos não integrantes da Rede Credenciada, todos os procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios.

12.2. As despesas decorrentes da realização de tais procedimentos, em profissionais odontológicos não integrantes da rede Credenciada, serão reembolsadas pela **OPERADORA** de acordo com a Tabela de Procedimentos Cobertos - T.P.CO. disponível do Portal, sendo certo que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela **OPERADORA** junto a sua Rede Credenciada.

12.3. O valor do reembolso, disponível no Portal, 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, também disponível no Portal.

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

Formulário de Requisição de Reembolso (FRR), que está disponível no portal **www.bradescoseguros.com.br**. Este formulário deverá conter:

- Dados do beneficiário atendido (titular ou dependente).
- Dados bancários do beneficiário titular do plano e CPF.
- Descrição do tratamento odontológico realizado, que deve conter para cada evento: descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha) com número do dente/ área ou região, faces, quantidade, valor individual e data de realização.
- Dados completos do Cirurgião Dentista (com CPF e CRO) em se tratando de dentista Pessoa Física, ou dados da clínica odontológica (com CNPJ), com dados do profissional que realizou o tratamento (Nome, CPF e CRO).
- Assinatura do beneficiário Titular e do dentista que realizou o tratamento.

Recibo ou Nota Fiscal no mesmo valor do tratamento realizado, sendo:

- Recibo para dentistas pessoa física (CPF) e comprovante do pagamento realizado.
- Nota Fiscal para dentistas pessoa jurídica (CNPJ) e comprovante do pagamento realizado.
- Radiografias e/ou fotografias pré-tratamento, devidamente datadas com data dentro da vigência do plano registrando a situação pré-tratamento do beneficiário (imagens iniciais).
- Radiografias e/ou fotografias pós tratamento, devidamente datadas registrando a situação pós tratamento (imagens finais).
- As radiografias ou fotografias devem ser realizadas em Clínica Radiológica Credenciada, ou em Clínica Radiológica Particular.
- Não serão aceitas imagens realizadas em Consultórios Odontológicos.
- No caso de tratamentos ortodônticos, deve ser apresentada a documentação odontológica completa com descrição e laudo da maloclusão apresentada, bem como prazo de tratamento e justificativa técnica para instalação do aparelho.
- No caso de haver dúvidas quanto à execução e indicação do tratamento, poderão ser solicitados documentos complementares para esclarecimento.

Termo de consentimento do beneficiário autorizando a realização do tratamento e com cópia de um documento pessoal. Este termo deverá conter o diagnóstico, descrição, data e local de realização dos eventos e prognóstico do caso.

12.4.1. Quando o envio da documentação for feito por meios digitais, este envio deverá, necessariamente, ser feito pelos meios disponibilizados pela **OPERADORA**, e o Beneficiário deverá guardar os documentos originais pelo prazo de 5 (cinco) anos, contatos a partir da data do envio do pedido de reembolso, e poderão ser solicitados a qualquer momento pela **OPERADORA**.

12.5. Os documentos acima indicados deverão estar acompanhados de documentação pré-tratamento e documentação final de todos os procedimentos efetuados. Esta documentação deverá ser realizada em clínica radiológica com identificação e data de realização, e realizada dentro da vigência do plano contratado.

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

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

Cláusula 13ª - DO PREÇO DA MENSALIDADE E DA FORMA DE PAGAMENTO

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

13.2. No ato de assinatura da Proposta de Adesão, o **CONTRATANTE** deverá pagar, através da opção de pagamento informada na Proposta de Adesão, em até 10 (dez) dias úteis, a primeira mensalidade, calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos.

13.2.1 Fica desde já pactuado que o Contratante poderá, a seu critério, efetuar o pagamento do Plano de Benefícios, referente ao período de 12 (doze) meses, de forma anual, antecipando-se a quantidade de parcela(s), mediante concessão de desconto ou redução no prazo de carência indicados na Proposta de Adesão, mantendo-se todas as demais condições contratuais.

13.3. As mensalidades subsequentes a primeira, terão como data de vencimento o mesmo dia da data de assinatura da Proposta de Adesão, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas da forma escolhida pelo **CONTRATANTE** na Proposta de Adesão.

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

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

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

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

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

Cláusula 14ª -DO REAJUSTE

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

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

14.3. A **OPERADORA**, nos termos da legislação vigente, comunicará o percentual de reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

14.5. A **OPERADORA** manterá por 05 (cinco) anos o comprovante de recebimento pelo Beneficiário Titular da proposta de termo aditivo.

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

Cláusula 15ª - DA VIGÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

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

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

Cláusula 16ª - DA RESCISÃO DO CONTRATO

16.1. O **CONTRATANTE** poderá rescindir o presente Contrato antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses, mediante o pagamento à **OPERADORA** da multa no valor correspondente a 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.

16.2. Caso o Contratante tenha optado pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual, na hipótese de rescisão citada no item 16.1, a quantia remanescente será devolvida com abatimento da quantia referente à multa, e acrescido do valor concedido a título de desconto.

16.3. A **OPERADORA** poderá rescindir o presente Contrato, mediante simples denúncia notificada à parte contrária, nas seguintes hipóteses:

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

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

Cláusula 17ª - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. A **OPERADORA** tem por direito exclusivo, tanto a inclusão quanto a exclusão de prestadores em sua Rede Credenciada, sendo certo que as informações sobre a Rede Credenciada atualizada poderão ser obtidas por meio da Central de Relacionamento com o Cliente, cuja ligação é gratuita e o número está indicado na Proposta de Adesão ou por meio do site **www.bradescoseguros.com.br**.

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

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

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

17.5. O **CONTRATANTE** declara expressamente ter recebido, neste ato, cópia do presente Contrato, o qual estabelece em linguagem clara e simples sobre todos os direitos e obrigações contratuais dos Beneficiários, as formas e condições de utilização do Plano de Benefícios, os limites de cobertura, os procedimentos para a obtenção de autorizações prévia

bem como as informações sobre os recursos disponibilizados pela **OPERADORA** para verificação dos integrantes da Rede Credenciada.

17.6 Digital: Autorizo a OdontoPrev a emitir e enviar a documentação (Certificado Individual, Carnê ou Boletos de Cobrança, Carteirinha do Segurado) e informações importantes do meu seguro através de meios remotos de comunicação (SMS, Correio Eletrônico, Aplicativos de mensagem, como, por exemplo, WhatsApp, ou outros meios digitais).

Cláusula 18ª - DO FORO

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

Este Contrato e seus anexos encontram-se registrados no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, Estado de São Paulo sob os números: MULT ORTO nº 1.718.139; MULT FIT nº 1.718.140; MULT ESTÉTICA nº 1.718.141.

Além do Cartório o Contrato e seus anexos estão disponibilizados para consulta na sede da **CONTRATADA**.

TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - T.P.CO. BRADESCO DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA
LIVRE ESCOLHA



O seu plano tem a opção de atendimento à LIVRE ESCOLHA de cirurgiões-dentistas, ou seja, você pode realizar tratamento com um profissional que não integre a Rede Credenciada e obter o reembolso de acordo com a Tabela de Procedimentos Cobertos - T.P.CO. Para obter as orientações e o passo a passo do reembolso acesse o portal www.bradescoseguros.com.br ou ligue para a Central de Relacionamento.

O valor do reembolso será calculado multiplicando-se o valor da Unidade Odontológica (U.O.) indicado na proposta de adesão, de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), pela quantidade de U.O. estabelecida para cada um dos eventos utilizados, conforme Tabela de Procedimentos Cobertos - T.P.CO.

Atenção: não há reembolso para tratamentos não cobertos. Lembrando também que, a qualquer momento, você pode fazer uso dos profissionais que integram a Rede Credenciada Bradesco Dental.

EVENTO	DESCRIÇÃO DE EVENTO	MULT FIT	MULT ORTO	MULT ESTÉTICA	UO DE REEMBOLSO
Cirurgia					
00.000.008	Consulta de Especialista em Estomatologia	X	X	X	29,16
81.000.197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	X	X	X	29,16
81.000.200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	X	X	X	29,16
81.000.219	Diagnóstico e tratamento de halitose	X	X	X	29,16
81.000.235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	X	X	X	29,16
82.000.034	Alveoloplastia	X	X	X	112,35
82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada	X	X	X	226,14
82.000.069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	X	X	X	211,94
82.000.077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	X	X	X	186,65
82.000.085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	X	X	X	186,65
82.000.158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	X	X	X	186,65
82.000.166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	X	X	X	186,65
82.000.174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	X	X	X	163,31
82.000.182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	X	X	X	163,31
82.000.190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	X	X	X	116,65
82.000.239	Biópsia de boca	X	X	X	46,66
82.000.247	Biópsia de glândula salivar	X	X	X	46,66
82.000.255	Biópsia de lábio	X	X	X	46,66
82.000.263	Biópsia de língua	X	X	X	46,66
82.000.271	Biópsia de mandíbula	X	X	X	46,66
82.000.280	Biópsia de maxila	X	X	X	46,66
82.000.298	Bridectomia	X	X	X	217,00
82.000.301	Bridotomia	X	X	X	217,00
82.000.352	Cirurgia para exostose maxilar	X	X	X	116,65
82.000.360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	X	X	X	116,65
82.000.387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	X	X	X	116,65

TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - T.P.CO. BRADESCO DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA LIVRE ESCOLHA



82.000.395	Cirurgia para torus palatino	X	X	X	116,65
82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	X	X	X	46,66
82.000.557	Cunha proximal	X	X	X	30,86
82.000.743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	X	X	X	365,00
82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	X	X	X	46,66
82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	X	X	X	139,99
82.000.794	Exérese ou excisão de mucocele	X	X	X	196,00
82.000.808	Exérese ou excisão de rânula	X	X	X	848,00
82.000.816	Exodontia a retalho	X	X	X	72,91
82.000.832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	X	X	X	46,66
82.000.859	Exodontia de raiz residual	X	X	X	58,33
82.000.875	Exodontia simples de permanente	X	X	X	46,66
82.000.883	Frenulectomia labial	X	X	X	46,66
82.000.891	Frenulectomia lingual	X	X	X	46,66
82.000.905	Frenulotomia labial	X	X	X	46,66
82.000.913	Frenulotomia lingual	X	X	X	46,66
82.001.073	Odonto-seção	X	X	X	142,00
82.001.103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	X	X	X	46,66
82.001.154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	X	X	X	116,65
82.001.170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	X	X	X	540,00
82.001.189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	X	X	X	300,00
82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados	X	X	X	373,30
82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	X	X	X	233,30
82.001.367	Remoção de odontoma	X	X	X	365,00
82.001.510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	X	X	X	440,00
82.001.529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	X	X	X	440,00
82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	X	X	X	217,00
82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	X	X	X	46,66
82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	X	X	X	46,66
82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	X	X	X	410,00
82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	X	X	X	365,00
82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	X	X	X	470,00
82.001.707	Ulectomia	X	X	X	30,86
82.001.715	Ulotomia	X	X	X	30,86
00.000.028	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	X	X	X	440,00
00.000.063	Redução de Tuberosidade	X	X	X	116,65
82.000.344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	X	X	X	250,00
82.001.502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	X	X	X	373,30

**TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - T.P.CO. BRADESCO
DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA
LIVRE ESCOLHA**



Dentística					
00.000.033	Núcleo de preenchimento para restauração	X	X	X	93,60
00.000.051	Restauração de pino	X	X	X	95,69
85.100.013	Capeamento pulpar direto	X	X	X	19,83
85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	X	X	X	178,40
85.100.099	Restauração de amálgama - 1 face	X	X	X	47,80
85.100.102	Restauração de amálgama - 2 faces	X	X	X	58,33
85.100.110	Restauração de amálgama - 3 faces	X	X	X	68,24
85.100.129	Restauração de amálgama - 4 faces	X	X	X	78,16
85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	X	X	X	47,80
85.100.145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	X	X	X	58,33
85.100.153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	X	X	X	68,24
85.100.161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	X	X	X	68,24
85.100.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	X	X	X	48,50
85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	X	X	X	70,22
85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	X	X	X	92,26
85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	X	X	X	92,26
85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo	X	X	X	29,16
85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	X	X	X	29,16
85.400.505	Remoção de trabalho protético	X	X	X	42,00
81.000.090	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	X	X	X	172,00
85.100.030	Clareamnto dentário em consultório	X		X	483,97
Diagnóstico					
81.000.030	Consulta odontológica	X	X	X	29,16
81.000.065	Consulta odontológica inicial	X	X	X	29,16
81.000.111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	X	X	X	210,00
81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	X	X	X	210,00
81.000.154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	X	X	X	210,00
81.000.170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	X	X	X	210,00
81.000.189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	X	X	X	29,16
82.000.506	Controle pós-operatório em odontologia	X	X	X	29,16
Emergência					
81.000.049	Consulta odontológica de Urgência	X	X	X	39,08
81.000.057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	X	X	X	39,08
82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	X	X	X	39,08
82.000.484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	X	X	X	39,08
82.001.022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	X	X	X	39,08
82.001.030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	X	X	X	39,08
82.001.197	Redução simples de luxação de Articulação Têmpero-mandibular (ATM)	X	X	X	39,08

**TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - T.P.CO. BRADESCO
DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA
LIVRE ESCOLHA**



82.001.251	Reimplante dentário com contenção	X	X	X	39,08
82.001.308	Remoção de dreno extra-oral	X	X	X	39,08
82.001.316	Remoção de dreno intra-oral	X	X	X	39,08
82.001.499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	X	X	X	39,08
82.001.642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	X	X	X	39,08
82.001.650	Tratamento de alveolite	X	X	X	39,08
85.100.048	Colagem de fragmentos dentários	X	X	X	39,08
85.200.034	Pulpectomia	X	X	X	39,08
85.200.085	Restauração temporária / tratamento expectante	X	X	X	39,08
85.300.080	Tratamento de pericoronarite	X	X	X	39,08
85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos	X	X	X	39,08
85.400.475	Reembasamento de coroa provisória	X	X	X	39,08
85.100.056	Curativo de demora em endodontia	X	X	X	62,79
85.200.026	Preparo para núcleo intrarradicular	X	X	X	39,00
85.200.042	Pulpotomia	X	X	X	91,00
85.200.050	Remoção de corpo estranho intracanal	X	X	X	86,50
85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	X	X	X	86,50
85.200.077	Remoção de núcleo intrarradicular	X	X	X	67,00
85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular	X	X	X	461,70
85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular	X	X	X	653,20
85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular	X	X	X	287,60
85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica	X	X	X	86,50
85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	X	X	X	62,79
85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular	X	X	X	288,70
85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular	X	X	X	393,70
85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular	X	X	X	201,20
85.200.018	Clareamento de dente desvitalizado	X	X	X	58,33
Odontologia Legal					
81.000.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	X	X	X	29,16
Odontopediatria					
85.100.242	Adequação do meio bucal	X	X	X	19,83
81.000.014	Condicionamento em Odontologia	X	X	X	29,16
82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	X	X	X	29,16
83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo	X	X	X	89,20
83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo	X	X	X	300,00
83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	X	X	X	300,00
83.000.089	Exodontia simples de decíduo	X	X	X	46,66
83.000.127	Pulpotomia em Dente Decíduo	X	X	X	91,00
83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo	X	X	X	19,83
83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	X	X	X	117,20
84.000.031	Aplicação de cariostático	X	X	X	19,83
84.000.058	Aplicação de selante - técnica invasiva	X	X	X	19,83

TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - T.P.CO. BRADESCO DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA LIVRE ESCOLHA



84.000.074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	X	X	X	19,83
84.000.112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	X	X	X	14,00
84.000.171	Controle de cárie incipiente	X	X	X	19,83
84.000.201	Remineralização	X	X	X	14,00
85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente	X	X	X	19,83
87.000.032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	X	X	X	29,16
87.000.040	Coroa de acetato em dente permanente	X	X	X	300,00
87.000.059	Coroa de aço em dente permanente	X	X	X	300,00
87.000.067	Coroa de policarbonato em dente permanente	X	X	X	300,00
87.000.148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	X	X	X	29,16
83.000.097	Mantenedor de espaço fixo	X	X	X	192,21
83.000.100	Mantenedor de espaço removível	X	X	X	192,21
Ortodontia					
00.000.014	Estudo e Planejamento Ortodôntico		X	X	29,16
00.000.065	Recuperador de Espaço		X	X	192,21
85.400.270	Placa oclusal resiliente		X	X	380,00
86.000.055	Aparelho extra-bucal		X	X	827,85
86.000.098	Aparelho ortodôntico fixo metálico		X	X	1.427,17
86.000.110	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial		X	X	982,79
86.000.128	Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler		X	X	525,35
86.000.144	Arco lingual		X	X	323,52
86.000.152	Barra transpalatina fixa		X	X	323,52
86.000.160	Barra transpalatina removível		X	X	323,52
86.000.195	Botão de Nance		X	X	323,52
86.000.209	Contenção fixa - por arcada		X	X	220,00
86.000.225	Disjuntor palatino - Hirax		X	X	970,58
86.000.233	Disjuntor palatino - Macnamara		X	X	970,58
86.000.241	Distalizador com mola nitinol		X	X	827,37
86.000.250	Distalizador de Hilgers		X	X	406,31
86.000.268	Distalizador Distal Jet		X	X	629,93
86.000.276	Distalizador Pendulo/Pendex		X	X	406,31
86.000.284	Distalizador tipo Jones Jig		X	X	629,93
86.000.306	Gianelly		X	X	629,93
86.000.314	Grade palatina fixa		X	X	629,93
86.000.322	Grade palatina removível		X	X	508,13
86.000.357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo		X	X	121,25
86.000.365	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico		X	X	121,25
86.000.373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível		X	X	121,35
86.000.390	Mentoneira		X	X	629,93
86.000.454	Placa de distalização de molares		X	X	629,93
86.000.462	Placa de Hawley		X	X	525,35

**TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - T.P.CO. BRADESCO
DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA
LIVRE ESCOLHA**



86.000.470	Placa de Hawley - com torno expansor		X	X	629,93
86.000.489	Placa de mordida ortodôntica		X	X	380,00
86.000.500	Placa de verticalização de caninos		X	X	629,93
86.000.527	Placa encapsulada de Maurício		X	X	629,93
86.000.535	Placa lábio-ativa		X	X	323,50
86.000.543	Plano anterior fixo		X	X	406,31
86.000.551	Plano inclinado		X	X	406,31
86.000.560	Quadrihélice		X	X	837,37
Ortopedia Funcional dos Maxilares					
86.000.020	Aparelho de Klammt		X	X	1.427,17
86.000.047	Aparelho de Thurow		X	X	1.427,17
86.000.136	APM - Aparelho de Protração Mandibular		X	X	1.665,22
86.000.179	Bionator de Balters		X	X	1.427,17
86.000.187	Blocos geminados de Clark – twinblock		X	X	1.427,17
86.000.330	Herbst encapsulado		X	X	1.665,22
86.000.381	Máscara facial – Delaire e Tração Reversa		X	X	827,85
86.000.403	Modelador elástico de Bimler		X	X	1.427,17
86.000.411	Monobloco		X	X	1.427,17
86.000.438	Pistas diretas de Planas - superior e inferior		X	X	1.427,17
86.000.446	Pistas indiretas de Planas		X	X	1.427,17
86.000.519	Placa dupla de Sanders		X	X	1.427,17
86.000.578	Regulador de função de Frankel		X	X	1.665,22
86.000.586	Simões Network		X	X	1.427,17
86.000.594	Splinter		X	X	1.427,17
Periodontia					
00.000.009	Consulta de Especialista em Periodontia	X	X	X	29,16
82.000.026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	X	X	X	57,30
82.000.212	Aumento de coroa clínica	X	X	X	139,00
82.000.336	Cirurgia odontológica a retalho	X	X	X	87,49
82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho	X	X	X	130,65
82.000.662	Enxerto gengival livre	X	X	X	87,49
82.000.689	Enxerto pediculado	X	X	X	87,49
82.000.921	Gengivectomia	X	X	X	139,00
82.000.948	Gengivoplastia	X	X	X	34,75
82.001.464	Sepultamento radicular	X	X	X	142,00
85.000.787	Imobilização dentária em dentes decíduos	X	X	X	79,91
85.300.012	Dessensibilização dentária	X	X	X	48,99
85.300.020	Imobilização dentária em dentes permanentes	X	X	X	79,91
85.300.039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	X	X	X	76,47
85.300.047	Raspagem supra-gengival	X	X	X	55,10
85.300.055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	X	X	X	63,62
85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	X	X	X	39,08
85.300.071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA	X	X	X	76,47

**TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - T.P.CO. BRADESCO
DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA
LIVRE ESCOLHA**



82.001.685	Tunelização	X	X	X	87,49
85.300.098	Manutenção Periodontal	X	X	X	29,16
82.000.646	Enxerto conjuntivo subepitelial	X	X	X	87,49
Prevenção					
84.000.090	Aplicação tópica de flúor	X	X	X	69,99
84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal	X	X	X	35,00
84.000.163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	X	X	X	40,43
84.000.198	Profilaxia: polimento coronário	X	X	X	32,40
84.000.228	Teste de capacidade tampão da saliva	X	X	X	29,16
84.000.236	Teste de contagem microbiológica	X	X	X	29,16
84.000.244	Teste de fluxo salivar	X	X	X	29,16
84.000.252	Teste de PH salivar	X	X	X	40,00
87.000.016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	X	X	X	35,00
87.000.024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	X	X	X	35,00
Prótese Dentária					
85.400.076	Coroa provisória com pino	X	X	X	78,16
85.400.084	Coroa provisória sem pino	X	X	X	78,16
85.400.092	Coroa total acrílica prensada	X	X	X	243,22
85.400.114	Coroa total em cerômero	X	X	X	459,29
85.400.149	Coroa total metálica	X	X	X	316,71
85.400.211	Núcleo de preenchimento	X	X	X	145,81
85.400.220	Núcleo metálico fundido	X	X	X	145,81
85.400.262	Pino pré fabricado	X	X	X	145,81
85.400.459	Provisório para Restauração metálica fundida	X	X	X	78,16
85.400.556	Restauração metálica fundida	X	X	X	239,13
Radiologia					
81.000.570	Técnica de Localização radiográfica	X	X	X	95,00
81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	X	X	X	138,30
81.000.375	Radiografia interproximal - bite-wing	X	X	X	11,66
81.000.383	Radiografia oclusal	X	X	X	23,33
81.000.405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	X	X	X	85,00
81.000.421	Radiografia periapical	X	X	X	9,91
00.000.061	Panorâmica Especial para ATM	X	X	X	95,74
81.000.340	Radiografia da ATM	X	X	X	95,74
81.000.367	Radiografia da mão e punho - carpal	X	X	X	42,00
81.000.413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	X	X	X	95,74
81.000.472	Telerradiografia	X	X	X	95,74
81.000.480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	X	X	X	95,74
00.900.007	Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)	X	X	X	159,00
00.000.060	Discrepância de Modelos	X	X	X	25,00
00.000.062	Modelos de Trabalho	X	X	X	34,00

**TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS - T.P.CO. BRADESCO
DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA
LIVRE ESCOLHA**



81.000.278	Fotografia	X	X	X	11,00
81.000.308	Modelos ortodônticos	X	X	X	46,00
81.000.456	Slide	X	X	X	11,00
81.000.537	Traçado Cefalométrico	X	X	X	32,00
00.900.002	Documentação ortodôntica básica: radiografia panorâmica básica, tele com traçado e modelos ortodônticos	X	X	X	90,00
00.900.003	Documentação ortodôntica completa: radiografia panorâmica básica, tele com traçado, modelos ortodônticos, 7 fotos ou slides e análise cefalométrica extra)	X	X	X	319,15
00.900.004	Documentação ortodôntica Especial : Documentação ortodôntica completa mais tele frontal, traçado frontal e análise de erupção de 3º molares)	X	X	X	319,15
00.900.005	Documentação ortodôntica ortopédica : panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de modelos, caixa p/ modelos, pasta, mão e punho (índice carpal), fotos (2 extra, 3 intra bucais, perfil e lateralidade) ou slides (máximo 9)	X	X	X	159,00
00.900.006	Documentação ortodôntica de controle: panorâmica com 5 fotos (2 extra-bucais, 3 intra-bucais)	X	X	X	129,74
00.900.008	Panorâmica + modelos ortodônticos	X	X	X	129,74

Atenção: Não estão cobertos pelo plano quaisquer procedimentos relacionados a implantes dentários, especialmente próteses sobre implantes em qualquer material, exames complementares para implantes e implantes de qualquer natureza.

TABELA DE EVENTOS PARA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E/OU AUTORIZAÇÃO ESPECIAL
BRADESCO DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA



Evento	Descrição da Especialidade	Descrição do Evento	Observações sobre a operação dos eventos
82.000.239	Cirurgia	Biópsia de boca	pré-aprovação
82.000.247	Cirurgia	Biópsia de glândula salivar	pré-aprovação
82.000.255	Cirurgia	Biópsia de lábio	pré-aprovação
82.000.263	Cirurgia	Biópsia de língua	pré-aprovação
82.000.271	Cirurgia	Biópsia de mandíbula	pré-aprovação
82.000.280	Cirurgia	Biópsia de maxila	pré-aprovação
82.000.298	Cirurgia	Bridectomia	pré-aprovação
82.000.301	Cirurgia	Bridotomia	pré-aprovação
82.000.344	Cirurgia	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	pré-aprovação
82.000.441	Cirurgia	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	pré-aprovação
81.000.197	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	Autorização Especial
81.000.200	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	Autorização Especial
81.000.219	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de halitose	Autorização Especial
81.000.235	Cirurgia	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	Autorização Especial
82.000.743	Cirurgia	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Autorização Especial
82.000.778	Cirurgia	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Autorização Especial
82.000.794	Cirurgia	Exérese ou excisão de mucocele	Autorização Especial
82.000.808	Cirurgia	Exérese ou excisão de rânula	Autorização Especial
82.000.883	Cirurgia	Frenulectomia labial	pré-aprovação
82.000.891	Cirurgia	Frenulectomia lingual	pré-aprovação
82.000.905	Cirurgia	Frenulotomia labial	pré-aprovação
82.000.913	Cirurgia	Frenulotomia lingual	pré-aprovação
82.001.103	Cirurgia	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	Autorização Especial
82.001.154	Cirurgia	Reconstrução de sulco gengivo-labial	pré-aprovação
00.000.028	Cirurgia	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	Autorização Especial
82.001.367	Cirurgia	Remoção de odontoma	Autorização Especial
82.001.545	Cirurgia	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	pré-aprovação
82.001.510	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	Autorização Especial
82.001.529	Cirurgia	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	Autorização Especial
82.001.545	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	pré-aprovação
82.001.553	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Autorização Especial
82.001.588	Cirurgia	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Autorização Especial
85.400.017	Dentística	Ajuste Oclusal por acréscimo	pré-aprovação
85.400.025	Dentística	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	pré-aprovação
85.100.064	Dentística	Faceta direta em resina fotopolimerizável	pré-aprovação
85.100.030	Dentística	Clareamento dentário em consultório	pré-aprovação
00.000.033	Dentística	Núcleo de preenchimento para restauração	pré-aprovação
82.000.506	Diagnóstico	Controle pós-operatório em odontologia	Autorização Especial
85.100.056	Endodontia	Curativo de demora em endodontia	Autorização Especial
85.200.069	Endodontia	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Autorização Especial
85.200.131	Endodontia	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	pré-aprovação
81.000.073	Odontologia Legal	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	Autorização Especial
85.100.242	Odontopediatria	Adequação do Meio Bucal	Autorização Especial
84.000.031	Odontopediatria	Aplicação de cariostático	pré-aprovação
84.000.112	Odontopediatria	Aplicação tópica de verniz fluoretado	pré-aprovação
81.000.014	Odontopediatria	Condicionamento em Odontologia	pré-aprovação

TABELA DE EVENTOS PARA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E/OU AUTORIZAÇÃO ESPECIAL
BRADESCO DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA



87.000.032	Odontopediatria	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	pré-aprovação
83.000.020	Odontopediatria	Coroa de acetato em dente decíduo	pré-aprovação
87.000.040	Odontopediatria	Coroa de acetato em dt permanente	pré-aprovação
83.000.046	Odontopediatria	Coroa de aço em dente decíduo	pré-aprovação
87.000.059	Odontopediatria	Coroa de aço em dt permanente	pré-aprovação
83.000.062	Odontopediatria	Coroa de policarbonato em dente decíduo	pré-aprovação
87.000.067	Odontopediatria	Coroa de policarbonato em dt permanente	pré-aprovação
82.000.700	Odontopediatria	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	pré-aprovação
87.000.148	Odontopediatria	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	pré-aprovação
83.000.097	Odontopediatria	Mantenedor de espaço fixo	pré-aprovação
83.000.100	Odontopediatria	Mantenedor de espaço removível	pré-aprovação
84.000.201	Odontopediatria	Remineralização	pré-aprovação
83.000.135	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente decíduo	Autorização Especial
85.100.080	Odontopediatria	Restauração atraumática em dente permanente	Autorização Especial
82.000.212	Periodontia	Aumento de coroa clínica	pré-aprovação
82.000.417	Periodontia	Cirurgia periodontal a retalho	pré-aprovação
00.900.020	Periodontia	Consulta e Raspagem Supra Gengival por Arcada (Manual e/ou Ultrassom) com Profilaxia.	pré-aprovação
82.000.646	Periodontia	Enxerto conjuntivo subepitelial	pré-aprovação
82.000.662	Periodontia	Enxerto gengival livre	pré-aprovação
82.000.689	Periodontia	Enxerto pediculado	pré-aprovação
82.000.921	Periodontia	Gengivectomia	pré-aprovação
82.000.948	Periodontia	Gengivoplastia	pré-aprovação
85300098	Periodontia	Manutenção periodontal	pré-aprovação
85.300.047	Periodontia	Raspagem supra-gengival	pré-aprovação
82.001.464	Periodontia	Sepultamento radicular	pré-aprovação
84.000.228	Prevenção	Teste de capacidade tampão da saliva	Autorização Especial
84.000.236	Prevenção	Teste de contagem microbiológica	Autorização Especial
84.000.244	Prevenção	Teste de fluxo salivar	Autorização Especial
84.000.252	Prevenção	Teste de PH Salivar	Autorização Especial
85.400.076	Prótese Dentaria	Coroa provisória com pino	pré-aprovação
85.400.084	Prótese Dentaria	Coroa provisória sem pino	pré-aprovação
85.400.092	Prótese Dentaria	Coroa total acrílica prensada	pré-aprovação
85.400.114	Prótese Dentaria	Coroa total em cerômero (Conforme diretriz da ANS, somente para dentes anteriores)	pré-aprovação
85.400.149	Prótese Dentaria	Coroa total metálica	pré-aprovação
85.100.072	Prótese Dentaria	Moldeira para Clareamento	pré-aprovação
85.400.211	Prótese Dentaria	Núcleo de preenchimento	pré-aprovação
85.400.220	Prótese Dentaria	Núcleo metálico fundido	pré-aprovação
85.400.262	Prótese Dentaria	Pino pré fabricado	pré-aprovação
85.400.459	Prótese Dentaria	Provisório para Restauração metálica fundida	pré-aprovação
85.400.556	Prótese Dentaria	Restauração metálica fundida	pré-aprovação
81000294	Radiologia	Levantamento periapical	pré-aprovação
81.000.340	Radiologia	Radiografia de ATM	pré-aprovação
81.000.367	Radiologia	Radiografia de Mão e Punho (idade óssea)	pré-aprovação
81.000.383	Radiologia	Radiografia oclusal	pré-aprovação
81.000.413	Radiologia	Radiografia Panorâmica com traçado	pré-aprovação
81.000.405	Radiologia	Radiografia Panorâmica sem traçado	pré-aprovação
81.000.480	Radiologia	Telerradiografia com um traçado	pré-aprovação

TABELA DE EVENTOS PARA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E/OU AUTORIZAÇÃO ESPECIAL
BRADESCO DENTAL - MULT ORTO, MULT FIT e MULT ESTÉTICA



Lista de Eventos para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial: para determinados tipos de tratamentos é necessário que o dentista solicite a autorização da área de Auditoria Clínica da Bradesco Dental para comprovar a necessidade de realizar o tratamento e garantir a aplicação da melhor técnica para cada caso. O próprio dentista faz toda a solicitação de autorização, e dependendo do caso o beneficiário precisa fazer radiografias ou exames para análise técnica da sua necessidade.



CANAIS DE ATENDIMENTO

CRC – Central de Relacionamento: 0800 602 3332
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 600 2894
SAC – De ficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191
Reclamações, cancelamentos e informações gerais.

Ouvidoria: 0800 772 2073
Contate a Ouvidoria se não ficar satisfeito
com a solução apresentada.

bradescoseguros.com.br/dental

[twitter @BradescoSeguros](https://twitter.com/BradescoSeguros)

[facebook.com/BradescoSeguros](https://www.facebook.com/BradescoSeguros)



OdontoPrev - CRO/SP nº 2.728 RT: J. M. Benozatti - CRO/SP nº 19.009

ANS - nº 30194-9