



MANUAL
DE UTILIZAÇÃO
PLANO ODONTOLÓGICO
ODONTOPREV S/A
(SUPERIOR CP CALE)

Sumário

1. Introdução	2
2. Das características do Plano Odontológico	2
3. Das condições de admissão e exclusão de beneficiários	3
4. Das Coberturas garantidas	4
5. Das exclusões de coberturas	5
6. Da Urgência e emergência	5
7. Dos prazos de carência	6
8. Da Rede de atendimento da OdontoPrev	6
9. Do atendimento aos beneficiários	7
10. Da coparticipação	8
11. Da livre escolha.....	8
12. Do pagamento	8
13. Reajuste e Revisão de Valores.....	9
14. Definições:	9
15. Disposições Gerais.....	11
16. Anexos	12

1. Introdução

Aos beneficiários que aderirem ao plano odontológico SUPERIOR CP CALE, OPCIONAL ofertado pela Cemig Saúde, é disponibilizado este Manual que tem caráter informativo e apresenta informações relevantes referente ao atendimento odontológico que será prestado, com vistas a orientar os beneficiários sobre as principais regras, tais como: inscrição e exclusão no plano, coberturas, rede de atendimento, formas de pagamento, carências e outras informações necessárias. A prestação dos serviços tem assistência garantida pela Operadora de saúde, OdontoPrev S/A.

A OdontoPrev, é uma Operadora de planos de assistência à saúde odontológica e possui registro na ANS sob o número 30.194-9, e é responsável pela prestação de serviços de assistências odontológicas nos termos da Lei 9656/98. E, portanto, é de sua responsabilidade os serviços referentes a área de odontologia, de acordo com a adesão feita pelos beneficiários. As informações relativas à Operadora de saúde e prestadora de serviço podem ser acessadas por meio do site link: <https://www.odontoprev.com.br/>.

A prestação de serviço odontológico, registrado e administrado pela OdontoPrev, qualificado como plano SUPERIOR CP CALE, neste Manual denominado simplesmente SUPERIOR, está disponível para os beneficiários elegíveis e vinculados aos planos de saúde da Cemig Saúde: Atenção Família (Apartamento e Enfermaria), Clássico (Apartamento e Enfermaria), Premium (Apartamento, Centro-Oeste, Espírito Santo, Nordeste, Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Sul) e Prosaúde Integrado da Cemig - PSI.

2. Das características do Plano Odontológico

O plano odontológico SUPERIOR ofertado pela OdontoPrev e referenciado no presente manual de utilização possui as seguintes características:

ODONTOPREV S/A - 30194-9	
Nome Comercial do Plano na ANS	SUPERIOR CP CALE
Tipo de Contratação	Coletivo por Adesão
Segmentação Assistencial	Odontológico
Área geográfica de abrangência	Nacional
Formação do Preço	Prestabelecido
Fator Moderador	COM Coparticipação
Rede Assistencial Odontológica	https://www.odontoprev.com.br/

3. Das condições de admissão e exclusão de beneficiários

Poderão se inscrever no plano de saúde odontológico SUPERIOR junto a Operadora OdontoPrev os beneficiários incluídos nos planos de saúde da Cemig Saúde: Atenção Família, Clássico, Premium e Prosaúde Integrado da Cemig - PSI.

Para fins de adesão ao Plano SUPERIOR serão elegíveis os beneficiários titulares e dependente, conforme as regras de elegibilidade previstas nos regulamentos dos planos de saúde citados acima.

A adesão dos beneficiários dependentes será condicionada a participação do beneficiário titular no plano odontológico.

A adesão dos beneficiários titulares e/ou dependentes ao plano assistencial odontológico deverá ser feita da seguinte forma:

- I. Assinalar a opção de “Cobertura Opcional” “Plano Odontológico” constante no formulário para inclusão no plano de saúde da Cemig Saúde; ou
- II. A adesão posterior ao plano odontológico, também pode ser solicitada em formulário próprio, disponível no site da Cemig Saúde pelo link: <https://www.cemigsaude.org.br/site/home>.

Os beneficiários titulares e/ou dependentes que aderirem ao plano odontológico, até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, terão suas respectivas inscrições efetivadas com vigência para o 1º (primeiro) dia do próximo mês. As adesões realizadas após o dia 25 (vinte e cinco) do mês corrente, serão efetivadas no 1º (primeiro) dia, do mês posterior ao subsequente, ou seja, no 2º (segundo) mês após a solicitação.

São causas para exclusão do beneficiário do plano odontológico:

- Perda do vínculo do beneficiário titular e/ou dependente com o plano de saúde da Cemig Saúde em razão do cancelamento da sua inscrição;
- Perda da condição de elegibilidade do beneficiário titular e/ou dependente;
- Rescisão do contrato coletivo por adesão firmado entre a Cemig Saúde e a OdontoPrev;
- Inadimplemento da contribuição mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, obedecidas às mesmas regras operacionais aplicáveis nos regulamentos dos planos de saúde que é vinculado o beneficiário, no que se refere à parte que trata do cancelamento por inadimplência, somente nos casos que ocorrer emissão de boletos;

- Fraude comprovada, perdendo o beneficiário quaisquer direitos dos benefícios previstos neste plano odontológico, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais;
- Por solicitação do beneficiário titular;
- Por solicitação da Patrocinadora à qual o beneficiário titular esteja vinculado;
- No caso que ocorrer a exclusão do beneficiário titular haverá a exclusão automática dos dependentes.

Sendo a solicitação de exclusão voluntária, realizada dentro do período de 12 (doze) meses contados da data de adesão do beneficiário titular e/ou dependente, será cobrado, a título de multa, o correspondente ao valor da contribuição mensal “per capita” ajustada no contrato com a OdontoPrev, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis). Esta penalidade não se aplica para os casos em que a exclusão for em decorrência do desligamento do plano de saúde ou ocorrer em razão de inadimplência.

Para os casos de exclusão por inadimplência, a solicitação de nova inclusão somente poderá ser solicitada pelo beneficiário titular, conforme critérios de negociação dos valores pendentes e desde que haja cumprimento de novo período de carências.

O beneficiário titular que solicitar a exclusão do plano odontológico, somente poderá retornar ao plano, mediante anuência da OdontoPrev e desde que haja cumprimento de novo período de carências.

4. Das Coberturas garantidas

É assegurada aos beneficiários incluídos no presente contrato as seguintes coberturas:

- a) Dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei nº 9656/98 ou outro normativo que vier à substituí-la;
- b) Dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, vigente à época do evento; e ainda,
- c) Do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentista, endodontia, periodontia e cirurgia.

O plano odontológico Superior, garantirá as coberturas listadas no Anexo I: Plano Superior – Lista de procedimentos cobertos extra Rol Mínimo ANS e Anexo II: Plano Superior – Lista de procedimentos coberturas extra, Rol mínimo ANS e Coparticipação.

Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no rol para a segmentação odontológica serão cobertos pelo plano odontológico.

5. Das exclusões de coberturas

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

- a) Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, caso não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- b) Procedimentos buco-maxilares constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes à época do evento e suas despesas hospitalares;
- c) Procedimentos não constantes do rol de procedimentos odontológicos vigente à época do evento, exceto os previstos expressamente na cobertura adicional do Plano Superior, conforme Anexos;
- d) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, exceto os previstos expressamente na cobertura adicional do Plano Superior, conforme Anexos;
- f) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- g) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) Consultas domiciliares;
- j) Estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos por este plano odontológico, 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;
- k) Os procedimentos mencionados na letra “j” que estejam listados no rol de procedimentos da ANS, da segmentação hospitalar vigente à época do evento;
- l) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

6. Da Urgência e emergência

Nas hipóteses de atendimentos em caráter de urgência e/ou emergência, os beneficiários terão direito à utilização das coberturas do plano odontológico, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, após o recebimento da comunicação de sua inclusão.

7. Dos prazos de carência

O direito de atendimento ao beneficiário referente aos procedimentos extra rol serão prestados após cumprimento do período de carência de 60 (sessenta) dias, exceto nos atendimentos em caráter de urgência ou emergência, em que os beneficiários terão direito à utilização das coberturas no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após a data de adesão junto à OdontoPrev.

O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do beneficiário junto a OdontoPrev, conforme vigência estabelecida no item 3 deste Manual que trata das condições de admissão e exclusão de beneficiários.

Estão isentos de carência:

- O beneficiário que se inscrever no Plano Odontológico em até 30 (trinta) dias da data da celebração do contrato, ou ainda, em até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato;
- Beneficiários titulares e respectivos dependentes, em razão de novas admissões, bem como a inclusão de beneficiários dependentes, em razão de casamento, nascimento e adoção, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do evento;
- Os beneficiários que já possuíam vínculo com a OdontoPrev, por meio de outro produto ofertado por intermédio da Cemig Saúde ou aqueles que aderirem em até 30 (trinta) dias da oferta deste plano odontológico, não haverá esta carência de 60 (sessenta) dias extra-rol (conforme anexos).

8. Da Rede de atendimento da OdontoPrev

Para acessar as informações sobre a rede de atendimento credenciada, qual o plano odontológico que o profissional escolhido atende e as coberturas oferecidas pela OdontoPrev, o beneficiário poderá entrar em contato com a Central de Atendimento da OdontoPrev - Telefone: 0800 722 9000, acessar o link: <https://www.odontoprev.com.br/> ou por meio do aplicativo da OdontoPrev.

9. Do atendimento aos beneficiários

Os procedimentos cobertos pelo plano odontológico poderão ser submetidos à prévia aprovação da OdontoPrev para que possam ser realizados, especialmente:

- Aplicação tópica de flúor;
- Aplicação de selante;
- Raspagem e curetagem sub-gengival.

Nos procedimentos que exijam autorização prévia, essa será solicitada à OdontoPrev diretamente pelo prestador. A resposta será automática ou de até 5 (cinco) dias úteis para procedimentos cobertos.

Os atendimentos de emergência ou urgência, que sejam cobertos pelo opcional odontológico, dar-se-ão imediatamente, sem necessidade de marcação de horário, em qualquer dos prestadores integrantes da Rede Credenciada da OdontoPrev, desde que o beneficiário esteja portando a identificação exigida.

Caso seja identificado, por uma junta formada por odontólogos, que determinado procedimento poderá acarretar dano ou ser considerado inócuo ao beneficiário da Cemig Saúde, ficará a OdontoPrev dispensada de pagar, reembolsar ou ressarcir ao beneficiário os valores de tal procedimento, ainda que esteja contemplado na cobertura do opcional odontológico.

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

Ao final do tratamento, o beneficiário deverá submeter-se a radiografias que comprovem a realização do referido tratamento, nos casos devidos. Estas radiografias deverão ser encaminhadas pelo dentista à OdontoPrev para finalização do tratamento.

Os documentos exigidos pelos prestadores e pela OdontoPrev devem atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS não estando sob a interveniência da Cemig Saúde.

O atendimento ao beneficiário poderá ser realizado com a apresentação:

- 1) Cartão Digital disponível no Aplicativo e/ou Portal da OdontoPrev acompanhado de um documento de identidade oficial e original com fotografia; ou

- 2) CPF, conjuntamente com um documento de identificação oficial e original com fotografia.

10. Da coparticipação

Além da mensalidade, serão devidos os valores da coparticipação pelos atendimentos realizados pelos beneficiários na Rede Credenciada da OdontoPrev, mediante descontos **em folha de pagamento ou por meio de emissão de boleto, conforme contratação e responsabilidade de pagamento constante no plano de saúde da Cemig Saúde**, em valor equivalente a 10% (dez por cento) dos custos dos eventos contidos nas especialidades de Endodontia, Cirurgia e Periodontia e 30% (trinta por cento) em Dentística e Prótese, conforme cobertura contratada e anexos.

11. Da livre escolha

Será permitido ao beneficiário o direito à utilização de prestadores não integrantes da Rede Credenciada da OdontoPrev, quando poderá solicitar reembolso das despesas realizadas, limitado à cobertura garantida e aos valores conforme tabela da Odontoprev, ficando a tal beneficiário preservado o igual direito de utilização dos prestadores integrantes da Rede Credenciada da Contratada, nas localidades em que esta estiver formada.

O processo de reembolso deve ser realizado no aplicativo da Odontoprev ou no Portal Odontoprev e os procedimentos são reembolsados conforme a tabela acordada entre a contratada e contratante.

O reembolso das despesas será efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, após a entrega à Odontoprev da documentação completa, conforme previsto nos canais citados acima.

12. Do pagamento

Os titulares e dependentes do plano odontológico pagarão um valor fixo mensal, por beneficiário, a título de mensalidade, mediante descontos **em folha de pagamento ou por meio de emissão de boleto, conforme a contratação e a responsabilidade de pagamento constante no plano de saúde da Cemig Saúde**.

O valor da contribuição mensal está disposto no portal da Cemig Saúde <https://www.cemigsaude.org.br/site/home>. A data de pagamento será estabelecida entre a Patrocinadora e a Operadora.

Nos casos em que há emissão de boleto, o atraso no pagamento das contribuições e dos valores de coparticipação acarretará juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados por dia de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito.

13. Reajuste e Revisão de Valores

O valor da contribuição será reajustado anualmente, no mês de aniversário do contrato, pela aplicação do IPCA e aplicação de reajuste técnico, caso seja necessário, conforme negociação entre a OdontoPrev e Cemig Saúde.

14. Definições:

Para os efeitos deste Manual, são adotadas as seguintes definições:

Acidente - Evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusiva e diretamente externo, individual, súbito involuntário e violento que gera a necessidade da assistência e tratamento odontológico.

Área geográfica de abrangência geográfica - Refere-se ao local onde a Operadora odontológica possui rede credenciada, referenciada ou própria para garantir todas as coberturas de atendimento aos beneficiários.

Assistência Odontológica - É o conjunto de procedimentos odontológicos realizados na assistência à saúde oral do beneficiário. Modalidade de atuação realizada pela equipe de odontologia na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes na área odontológica.

Beneficiário titular – pessoa física detentor principal do vínculo com a Patrocinadora, optante pelo plano odontológico, com a OdontoPrev, para cobertura odontológica.

Beneficiário dependente – pessoa física cujo vínculo com a Patrocinadora dependente a existência de relação de dependência a um beneficiário titular.

Carência - Entende-se por carência o período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da inclusão do beneficiário no plano de benefícios, no qual realiza o pagamento das contraprestações pecuniárias, mas ainda não terá direito determinadas coberturas contratadas.

Cobertura - Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde como as despesas com assistência odontológica, conforme o plano de benefícios efetivamente contratado pela Cemig Saúde para atender os beneficiários.

Coparticipação - É a parte efetivamente paga pelo beneficiário referente à realização do procedimento, nos termos das normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Doença - Evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência odontológica.

Elegibilidade - Refere-se aos beneficiários que poderão se inscrever no plano odontológico da Operadora OdontoPrev.

Emergência - São casos, clínicos ou cirúrgicos, em que há necessidade de atuação odontológica imediata sem tempo de reparo cirúrgico, com risco imediato à vida do paciente e/ou lesões irreparáveis a este, caracterizado em declaração de médico ou profissional odontólogo assistente.

Evento - É o acontecimento, acidente ou doença, que tenha como consequência danos comprovados à saúde oral do beneficiário, exigindo assistência odontológica, bem como procedimentos que podem trazer prevenção à sua saúde oral.

Prestador - Pessoa física ou jurídica legalmente constituída e habilitada para prestar serviços de assistência odontológica.

Procedimentos - Todos os atos odontológicos que têm por objetivo a recuperação, manutenção ou avaliação da saúde oral do beneficiário.

Procedimentos excluídos ou não cobertos - São aqueles não inclusos no plano odontológico e que devem ser pagos diretamente pelo beneficiário ao prestador.

Rede credenciada de prestadores - é o grupo de prestadores, constituído de profissionais e/ou estabelecimentos credenciados pela OdontoPrev, colocados à disposição dos beneficiários para prestar-lhes assistência odontológica.

Reembolso - Entende-se como pagamento ao beneficiário inscrito no plano com direito à livre escolha de profissionais odontólogos, das despesas com assistência odontológica por ele efetuadas em prestador não integrante da rede credenciada, decorrente de eventos cobertos, até os limites estabelecidos pelo opcional odontológico.

Urgência - Entende-se como casos, clínicos ou cirúrgicos, em que há necessidade de atuação odontológica para supressão da dor intensa e/ou estancamento de processos hemorrágicos.

15. Disposições Gerais

Para realização do atendimento de que trata o presente Manual, o beneficiário titular e/ou dependente ou seu representante legal deverá observar além das disposições do presente documento, de forma taxativa as questões abaixo:

- a) Cumprimento das diretrizes estabelecidas pela OdontoPrev, para fins de prestação de serviço;
- b) Providência de todos os dados, de forma completa, para análise da demanda;
- c) Contato com a Cemig Saúde, por meio de seus canais de atendimento, para que esta realize o acionamento da OdontoPrev.

Informações adicionais e/ou esclarecimentos poderão ser obtidos nos Canais de Atendimento da OdontoPrev:

Telefones:

0800 702 9000 - Central de Atendimento e Relacionamento

0800 722 2191 - Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala

0800 702 2255 - Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)

Site:

www.odontoprev.com.br

Atendimento administrativo presencial:

Avenida Barbacena, 472 – 12º andar - Barro Preto – CEP: 30.190-130 - BH/MG

16. Anexos

[Anexo I: Plano Superior – Lista de procedimentos cobertos extra Rol Mínimo ANS;](#)

[Anexo II: Plano Superior – Lista de procedimentos coberturas extra, Rol mínimo ANS e Coparticipação.](#)

NOTA EXPLICATIVA

- 1ª versão aprovada na 552ª reunião da Diretoria Executiva da Cemig Saúde em 28/08/2023.
- Última alteração aprovada na 620ª reunião da Diretoria Executiva da Cemig Saúde em 03/04/2025.