

1º ADITAMENTO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COLETIVO POR ADESÃO (11.2010.002)

Por este instrumento de aditamento, que fica fazendo parte do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica Coletivo por Adesão nº 5448, firmado entre a **Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.**, a seguir denominada **Interodonto**, e a **Contratante**, identificada e qualificada na Cláusula 1 deste instrumento, doravante denominada **Contratante**, ficam estabelecidas as seguintes alterações/caracterizações, cujas cláusulas prevalecem onde colidir com as cláusulas contidas nas Condições Gerais do Contrato:

1. IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Contratante:	ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO PROCON SP		
Endereço:	Rua Libero Badaró, nº 119 – 13º andar – Centro – São Paulo - SP		
CNPJ nº:	03.124.926 / 0001 - 87	Inscrição Estadual:	Isenta
Representantes Legais:	1) Luiz Marcelo Prestes	2) Welington Fernandes	

2. PLANOS CONTRATADOS E COBERTURAS CONTRATUAIS

2.1. Os planos contratados pela **Contratante** são aqueles abaixo identificados, passando a fazer parte dos itens 4.1 e 4.2 da Cláusula 4 – Dos Planos e Das Coberturas, das Condições Gerais:

2.1.1. PLANO PREMIUM PLUS – REGISTRO ANS Nº 447.353/03-1

A INTERODONTO SE COMPROMETE A PRESTAR AOS BENEFICIÁRIOS QUE OPTAREM PELO PLANO PREMIUM PLUS, ALÉM DAS COBERTURAS CONSTANTES DO ROL ANEXO À RESOLUÇÃO NORMATIVA- RN Nº 211 DE 11/01/2010, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, AS SEGUINTE COBERTURAS:

2.1.1.1. PERIODONTIA (TRATAMENTO DA GENGIVA):

- 2.1.1.1.1. Manutenção de Tratamento Cirúrgico
- 2.1.1.1.2. Enxerto Pedicelado
- 2.1.1.1.3. Enxerto Livre
- 2.1.1.1.4. Dessensibilização Dentinaria

2.1.1.2. CIRURGIA

- 2.1.1.2.1. Remoção Corpo Estranho Seio Maxilar
- 2.1.1.2.2. Cirurgia de Osteoma e Odontoma
- 2.1.1.2.3. Tratamento Cirúrgico de Cistos

Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.

Rua Bela Cintra, nº 986, 13º e 14º andar – Consolação Cep.: 01415-002 – São Paulo – SP

Tel: (11) 3174-3000 Fax: (11) 3174-3050

<http://www.interodonto.com.br>

e-mail: intero@interodonto.com.br

ANS nº 317501



- 2.1.1.2.4. Cirurgia de Fistula Buço Sinusal**
- 2.1.1.2.5. Retirada de Calculo Salivar**
- 2.1.1.2.6. Excisão de Tumor de Glândula Salivar**
- 2.1.1.2.7. Cirurgia para Tracionamento de Dente Incluso**

2.1.1.3. RADIOLOGIA

- 2.1.1.3.1 Radiografia Panorâmica**
- 2.1.1.3.2. Telerradiografia sem Traçado**

2.1.1.4. ODONTOPEDIATRIA

- 2.1.1.4.1. Coroa de Aço**
- 2.1.1.4.2. Coroa de Policarbonato**
- 2.1.1.4.3. Remineralização**
- 2.1.1.4.4. Condicionamento Odontopediátrico**

2.1.1.5. ENDODONTIA

- 2.1.1.5.1. Clareamento de Dente Desvitalizado Anterior**

2.1.1.6. PREVENÇÃO

- 2.1.1.6.1. Teste de Risco de Cárie**
- 2.1.1.6.2. Teste de Fluxo Salivar**

2.1.2. PLANO PRATA PLUS – REGISTRO ANS Nº 407.962/99-1

A INTERODONTO SE COMPROMETE A PRESTAR AOS BENEFICIÁRIOS QUE OPTAREM PELO PLANO PRATA PLUS, ALÉM DAS COBERTURAS CONSTANTES DO ROL ANEXO À RESOLUÇÃO NORMATIVA- RN Nº 211 DE 11/01/2010, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, E SUAS RESPECTIVAS ATUALIZAÇÕES E MODIFICAÇÕES, CONSTANTES DO ITEM 4.2 DA CLÁUSULA 4 – DOS PLANOS E DAS COBERTURAS, AS SEGUINTE COBERTURAS:

2.1.2.1. PERIODONTIA

- 2.1.2.1.1. Manutenção de Tratamento Cirúrgico**
- 2.1.2.1.2. Enxerto Pedicelado**
- 2.1.2.1.3. Enxerto Livre**
- 2.1.2.1.4. Dessensibilização Dentinária**

2.1.2.2. CIRURGIA

- 2.1.2.2.1. Remoção Corpo Estranho Seio Maxilar**
- 2.1.2.2.2. Cirurgia de Osteoma e Odontoma**
- 2.1.2.2.3. Tratamento Cirúrgico de Cistos**
- 2.1.2.2.4. Cirurgia de Fístula Buco Sinusal**
- 2.1.2.2.5. Retirada de Cálculo Salivar**
- 2.1.2.2.6. Excisão de Tumor de Glândula Salivar**

Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.

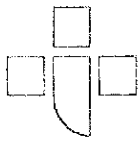
Rua Bela Cintra, nº 986, 13º e 14º andar – Consolação Cep.: 01415-002 – São Paulo – SP

Tel: (11) 3174-3000 Fax: (11) 3174-3050

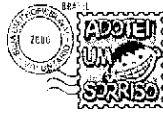
<http://www.interodonto.com.br>

e-mail: intero@interodonto.com.br

ANS nº 317501



Interodonto



2.1.2.3. RADIOLOGIA

- 2.1.2.3.1. Radiografia Panorâmica**
- 2.1.2.3.2. Telerradiografia s/ Tracado**

2.1.2.4. PRÓTESE

- 2.1.2.4.1. Prótese Removível Acrílica**
- 2.1.2.4.2. Coroa Provisória**
- 2.1.2.4.3. Núcleo Intra Radicular Pré Fabricado**
- 2.1.2.4.4. Placa de Mordida Mio-Relaxante**

2.1.2.5. ENDODONTIA

- 2.1.2.5.1. Clareamento de Dente Desvitalizado Anterior**

2.1.2.6. PREVENÇÃO

- 2.1.2.6.1. Teste de Risco de Cárie**
- 2.1.2.6.2. Teste de Fluxo Salivar**

2.1.2.7. ODONTOPEDIATRIA

- 2.1.2.7.1. Remineralização**
- 2.1.2.7.2. Condicionamento Odontopediátrico**

2.1.3. PLANO PLATINA – REGISTRO ANS Nº 407.963/99-9

A INTERODONTO SE COMPROMETE A PRESTAR AOS BENEFICIÁRIOS QUE OPTAREM PELO PLANO PLATINA, ALÉM DAS COBERTURAS CONSTANTES DO ROL ANEXO À RESOLUÇÃO NORMATIVA- RN Nº 211 DE 11/01/2010, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, E SUAS RESPECTIVAS ATUALIZAÇÕES E MODIFICAÇÕES, CONSTANTES DO ITEM 4.2 DA CLÁUSULA 4 – DOS PLANOS E DAS COBERTURAS, AS SEGUINTE COBERTURAS:

2.1.3.1. CIRURGIA

- 2.1.3.1.1. Manutenção de Tratamento Cirúrgico**
- 2.1.3.1.2. Remoção Corpo Estranho Seio Maxilar**
- 2.1.3.1.3. Cirurgia de Osteoma e Odontoma**
- 2.1.3.1.4. Tratamento Cirúrgico de Cistos**
- 2.1.3.1.5. Cirurgia de Fistula Buço Sinusal**
- 2.1.3.1.6. Retirada de Cálculo Salivar**
- 2.1.3.1.7. Excisão de Tumor de Glândula Salivar**
- 2.1.3.1.8. Cirurgia para Tracionamento de Dente Incluso**

2.1.3.2. RADIOLOGIA

- 2.1.3.2.1. Radiografia Panorâmica**
- 2.1.3.2.2. Telerradiografia S/ Tracado**

Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.

Rua Bela Cintra, nº 986, 13º e 14º andar – Consolação Cep.: 01415-002 – São Paulo – SP

Tel: (11) 3174-3000 Fax: (11) 3174-3050

<http://www.interodonto.com.br>

e-mail: intero@interodonto.com.br

ANS nº 317501

2.1.3.3. PERIODONTIA

- 2.1.3.3.1. Exerto Pedicelado**
- 2.1.3.3.2. Exerto Livre**
- 2.1.3.3.3. Dessensibilização Dentinaria**

2.1.3.4. PRÓTESE

- 2.1.3.4.1. Prótese Total Simples ou Caracterizada**
- 2.1.3.4.2. Prótese Total Imediata**
- 2.1.3.4.3. Prótese Parcial Removível**
- 2.1.3.4.4. Prótese Removível Acrílica**
- 2.1.3.4.5. Prótese Removível com Encaixe Attachment**
- 2.1.3.4.6. Reembasamento de Prótese**
- 2.1.3.4.7. Restauração Metálica Fundida**
- 2.1.3.4.8. Coroa Total Metálica**
- 2.1.3.4.9. Coroa Veneer**
- 2.1.3.4.10. Núcleo Metálico Fundido**
- 2.1.3.4.11. Coroa de Resina Acrílica C/ ou S/ Pino**
- 2.1.3.4.12. Coroa Provisória**
- 2.1.3.4.13. Núcleo Intra Radicular Pré Fabricado**
- 2.1.3.4.14. Coroa 3/4 Ou 4/5**
- 2.1.3.4.15. Conserto em Protético**
- 2.1.3.4.16. Placa de Mordida Mio-Relaxante**

2.1.3.5. ODONTOPEDIATRIA

- 2.1.3.5.1. Coroa de Aço**
- 2.1.3.5.2. Coroa de Policarbonato**
- 2.1.3.5.3. Remineralização**
- 2.1.3.5.4. Condicionamento Odontopediátrico**

2.1.3.6. ENDODONTIA

- 2.1.3.6.1. Clareamento de Dente Desvitalizado Anterior**

2.1.3.7. PREVENÇÃO

- 2.1.3.7.1. Teste de Risco de Cárie**
- 2.1.3.7.2. Teste de Fluxo Salivar**

2.1.4. PLANO DIAMANTE – REGISTRO ANS Nº 407.964/99-7

A INTERODONTO SE COMPROMETE A PRESTAR AOS BENEFICIÁRIOS QUE OPTAREM PELO PLANO DIAMANTE, ALÉM DAS COBERTURAS CONSTANTES DO ROL ANEXO À RESOLUÇÃO NORMATIVA- RN Nº 211 DE 11/01/2010, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, AS SEGUINTE COBERTURAS:

Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.

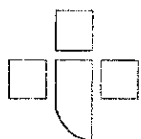
Rua Bela Cintra, nº 986, 13º e 14º andar – Consolação Cep.: 01415-002 – São Paulo – SP

Tel: (11) 3174-3000 Fax: (11) 3174-3050

<http://www.interodonto.com.br>

e-mail: intero@interodonto.com.br

ANS nº 317501



2.1.4.1. CIRURGIA

- 2.1.4.1.1. Manutenção de Tratamento Cirúrgico**
- 2.1.4.1.2. Remoção Corpo Estranho Seio Maxilar**
- 2.1.4.1.3. Cirurgia de Osteoma e Odontoma**
- 2.1.4.1.4. Tratamento Cirúrgico de Cistos**
- 2.1.4.1.5. Cirurgia de Fístula Buco Sinusal**
- 2.1.4.1.6. Retirada de Cálculo Salivar**
- 2.1.4.1.7. Excisão de Tumor de Glândula Salivar**
- 2.1.4.1.8. Cirurgia para Tracionamento de Dente Incluso**

2.1.4.2. RADIOLOGIA

- 2.1.4.2.1. Radiografia Panorâmica**
- 2.1.4.2.2. Telerradiografia s/ Tracado**
- 2.1.4.2.3. Telerradiografia c/ Tracado Computadorizado**
- 2.1.4.2.4. Fotografia**
- 2.1.4.2.5. Documentação Ortodôntica Básica**

2.1.4.3. PERIODONTIA

- 2.1.4.3.1. Enxerto Pedicelado**
- 2.1.4.3.2. Enxerto Livre**
- 2.1.4.3.3. Dessensibilização Dentinária**

2.1.4.4. PRÓTESE

- 2.1.4.4.1. Prótese Total Simples ou Caracterizada**
- 2.1.4.4.2. Prótese Total Imediata**
- 2.1.4.4.3. Prótese Parcial Removível**
- 2.1.4.4.4. Prótese Removível Acrílica**
- 2.1.4.4.5. Prótese Removível com Encaixe Attachment**
- 2.1.4.4.6. Reembasamento de Prótese**
- 2.1.4.4.7. Restauração Metálica Fundida**
- 2.1.4.4.8. Coroa Total Metálica**
- 2.1.4.4.9. Coroa Veneer**
- 2.1.4.4.10. Núcleo Metálico Fundido**
- 2.1.4.4.11. Coroa de Resina Acrílica c/ou s/ Pino**
- 2.1.4.4.12. Coroa em Porcelana Pura**
- 2.1.4.4.13. Coroa Metallo-Cerâmica**
- 2.1.4.4.14. Coroa Provisória**
- 2.1.4.4.15. Núcleo Intra Radicular Pré Fabricado**
- 2.1.4.4.16. Coroa Total em Ceromero**
- 2.1.4.4.17. Restauração Inlay / Onlay em Ceromero**
- 2.1.4.4.18. Faceta Laminada em Ceromero**
- 2.1.4.4.19. Rest Inlay / Onlay em Porcelana**
- 2.1.4.4.20. Rest Inlay / Onlay em Resina**
- 2.1.4.4.21. Encaixe Fresado Tipo Macho/Fêmea**
- 2.1.4.4.22. Faceta Laminada em Porcelana**
- 2.1.4.4.23. Elemento Prótese Fixa Metallo Plástico**

Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.

Rua Bela Cintra, nº 986, 13º e 14º andar – Consolação Cep.: 01415-002 – São Paulo – SP

Tel: (11) 3174-3000 Fax: (11) 3174-3050

<http://www.interodonto.com.br>

e-mail: intero@interodonto.com.br

ANS nº 317501

- 2.1.4.4.24. Elemento Prótese Fixa Metalo Cerâmico
- 2.1.4.4.25. Elemento de Prótese Fixa em Ceromero
- 2.1.4.4.26. Coroa 3/4 ou 4/5
- 2.1.4.4.27. Prótese Fixa Adesiva Metal-Plástica (peça)
- 2.1.4.4.28. Prótese Fixa Adesiva Metal-Cerâmica (peça)
- 2.1.4.4.29. Prótese Fixa Adesiva em Ceromero (peça)
- 2.1.4.4.30. Conserto em Protético
- 2.1.4.4.31. Placa de Mordida Mio-Relaxante

2.1.4.5. ODONTO-PEDIATRIA

- 2.1.4.5.1. Coroa de Aço
- 2.1.4.5.2. Coroa de Policarbonato
- 2.1.4.5.3. Remineralização
- 2.1.4.5.4. Condicionamento Odontopediátrico

2.1.4.6. ENDODONTIA

- 2.1.4.6.1. Clareamento de Dente Desvitalizado Anterior

2.1.4.7. PREVENÇÃO

- 2.1.4.7.1. Teste de Risco de Cárie
- 2.1.4.7.2. Teste de Fluxo Salivar

2.1.4.8. ORTODONTIA

- 2.1.4.8.1. Mantenedor de Espaço Móvel
- 2.1.4.8.2. Plano Inclinado
- 2.1.4.8.3. Aparelho Extra Bucal
- 2.1.4.8.4. Arco Lingual ou Palatino
- 2.1.4.8.5. Alaca Lábio Ativa
- 2.1.4.8.6. Disjuntor Palatino
- 2.1.4.8.7. Quadri Helix
- 2.1.4.8.8. Grade Palatina Fixa
- 2.1.4.8.9. Placa de Hawley e Apar. de Movimentos
- 2.1.4.8.10. Mentoneira
- 2.1.4.8.11. Bionator de Balters
- 2.1.4.8.12. Aparelho Monobloco de Binler ou Frankel
- 2.1.4.8.13. Aparelho Ortodôntico Removível
- 2.1.4.8.14. Aparelho Ortodôntico Fixo Total
- 2.1.4.8.15. Taxa de Manutenção de Aparelho Removível
- 2.1.4.8.16. Taxa de Manutenção de Aparelho

3. CARÊNCIAS

- 3.1. Os beneficiários titulares e/ou dependentes inscritos no Plano Premium Plus, observadas as condições estabelecidas no item 6.1 da Cláusula 6 – CARÊNCIAS, do Contrato Principal observarão os seguintes prazos de carências:

6

Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.

Rua Bela Cintra, nº 986, 13º e 14º andar – Consolação Cep.: 01415-002 – São Paulo – SP

Tel: (11) 3174-3000 Fax: (11) 3174-3050

<http://www.interodonto.com.br>

e-mail: intero@interodonto.com.br

ANS nº 317501



Procedimentos	Prazos de carência
Urgência e Emergência, Diagnóstico, Curativo, Intervenção Clínica, Extração Simples	24 horas
Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia	60 dias
Periodontia, Endodontia	90 dias

3.2. Para os planos que contemplem cobertura dos procedimentos abaixo, o quadro de carências previsto no item 6.1 das Condições Gerais ficará complementado pelo seguinte:

Plano	Procedimentos	Prazos de carência
Prata Plus, Platina, Diamante	Prótese Provisória	90 dias
Diamante	Ortodontia	150 dias
Platina, Diamante	Prótese Definitiva	180 dias

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA E DATA DE PAGAMENTO DAS TAXAS MENSAS

4.1. O presente Contrato terá vigência a partir de **01/03/2011** e terá como data de pagamento das Taxas Mensais todo dia **10 (dez)** do mês em curso dos serviços prestados, sob a forma de preço preestabelecido.

5. TAXAS MENSAS

5.1. As Taxas Mensais para os **Beneficiários** titulares e seus dependentes serão:

PLANOS	Nº DE REGISTRO NA ANS	TAXAS INDIVIDUAIS (R\$)
PREMIUM PLUS	447.353/03-1	13,50
PRATA PLUS	407.962/99-1	16,45
PLATINA	407.963/99-9	44,69
DIAMANTE	407.964/99-7	78,30

5.2. A Taxa Mensal supra estabelecida foi calculada com base em **51 (Cinquenta e um)** beneficiários.

6. OUTRAS ALTERAÇÕES NAS CONDIÇÕES GERAIS

6.1. Em complemento à Cláusula 10 – Inscrição, Inclusão, Transferência, Suspensão e Exclusão da Assistência Odontológica dos Beneficiários, das Condições Gerais do Contrato, fica incluído o seguinte subitem:

10.9. Permanência mínima

Visando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, os **Beneficiários** que forem incluídos nos planos contratados pela **Contratante** deverão permanecer inscritos pelo período mínimo de 12

Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.

Rua Bela Cintra, nº 986, 13º e 14º andar – Consolação Cep.: 01415-002 – São Paulo – SP

Tel: (11) 3174-3000 Fax: (11) 3174-3050

<http://www.interodonto.com.br>

e-mail: intero@interodonto.com.br

ANS nº 317501



(doze) meses, contados (i) a partir da data da última utilização ou, (ii) na inexistência de qualquer utilização, a partir da data da sua inclusão no plano contratado. Em caso de exclusão antes do período mínimo de 12 (doze) meses, a **Contratante** deverá arcar com o pagamento das Taxas Mensais dos **Beneficiários** excluídos até que se complete o referido período de permanência.

6.2. TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE DEFICIENTES FÍSICOS E PORTADORES DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS (PACIENTES ESPECIAIS)

6.2.1. Pacientes deficientes físicos e portadores de distúrbios psíquicos são aqueles que necessitam de anestesia geral em ambiente hospitalar. Embora não seja garantida a cobertura contratual, por exigir internação hospitalar, o atendimento a tais pacientes será efetuado nos hospitais próprios da **Intermédica Sistema de Saúde S/A**, empresa do grupo empresarial da Interodonto, com acomodação em quarto individual com banheiro privativo e direito a acompanhante, estando isento das despesas de honorários odontológicos.

6.3. O item 14.3 da Cláusula 14 – TAXAS E REAJUSTES, do contrato principal, passa a vigorar com a seguinte redação.

14.3. A CONTRATANTE PAGARÁ A TAXA MENSAL PER CAPITA DO PLANO ESCOLHIDO, MULTIPLICADO PELO NÚMERO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS (TITULARES E DEPENDENTES), ATIVOS E DESLIGADOS DO MÊS IMEDIATAMENTE ANTERIOR.

6.4. Revoga-se o subitem 14.3.2 da Cláusula 14 – TAXAS E REAJUSTES, do contrato principal.

6.5. BENEFICIÁRIOS

6.5.1. O item 3.1.1 da Cláusula 3 – BENEFICIÁRIOS, passa a ter o seguinte subitem complementar:

3.1.1.1. Os beneficiários titulares elegíveis a serem inscritos no presente contrato, são aqueles com vínculo profissional ativo, assim considerados os funcionários da Fundação PROCON do Estado de São Paulo, devendo apresentar a documentação prevista na alínea “c” do item 10.3.1 da Cláusula 10 – INSCRIÇÃO, INCLUSÃO, TRANSFERÊNCIA, SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DOS BENEFICIÁRIOS, das Condições Gerais.

7. EXCLUSIVIDADE

A **Contratante** dá exclusividade de prestação destes serviços à **Interodonto**, durante a vigência do mesmo. Mesmo que a característica do contrato seja opcional, a exclusividade dada significa que o plano da **Interodonto** é a única opção de "Operadora de Planos Odontológicos" que a **Contratante** oferece aos seus **Beneficiários**.

8. RATIFICAÇÃO

Permanecem em vigor e ficam ratificadas todas as cláusulas e condições previstas no Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica – Condições Gerais, firmado entre as partes, e não alteradas por este aditamento.

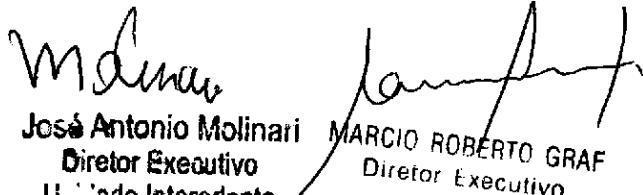
E por estarem justas e contratadas as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito, perante as testemunhas infra-assinadas, comprometendo-se a guardá-lo e cumpri-lo fielmente.

São Paulo, 01 de março de 2011.



**ASSOCIAÇÃO DOS
FUNCIONÁRIOS DO PROCON SP**

NOME: THIAGO A. FERNANDES
R.G.: 23.953.780-4



José Antonio Molinari **MARCIO ROBERTO GRAF**
Diretor Executivo **Diretor Executivo**
Unidade Interodonto
**INTERODONTO SISTEMA DE SAÚDE
ODONTOLÓGICA LTDA.**

NOME:
R.G.:

TESTEMUNHA

NOME:
R.G.:

TESTEMUNHA

NOME:
R.G.:

Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda.

Rua Bela Cintra, nº 986, 13º e 14º andar – Consolação Cep.: 01415-002 – São Paulo – SP

Tel: (11) 3174-3000 Fax: (11) 3174-3050

<http://www.interodonto.com.br>

e-mail: intero@interodonto.com.br

ANS nº 317501

