

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – CONTRATO Nº**

**Registro da Operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº: 350494**

**a) Qualificação da Operadora**

- Razão Social: **UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**  
(Denominação para fins deste contrato: **UNIODONTO**)  
Avenida Brasil, 200 - Vila Itapura - CEP 13023-075 - Tel.: 3322-4000 - CAMPINAS - SP  
CNPJ nº 51.304.798/0001-04 Inscrição Estadual nº 244.218.290.110

**b) Qualificação do Contratante**

Nome:			
CPF		RG	
CNS		Data Nasc.	
Nome mãe		Estado Civil	
Endereço			CEP
Bairro		Município	
Telefone Fixo		Celular	
Email:	Celular Habilitado para WhatsApp: ( ) Sim ( ) Não		
( ) O contratante é beneficiário do plano <b>OU</b> ( ) O contratante não é beneficiário do plano (apenas <b>RESPONSÁVEL FINANCEIRO - vide as condições abaixo que serão aplicáveis</b> ).			

**O RESPONSÁVEL FINANCEIRO contrata o plano de saúde odontológico, nos termos das condições contratuais firmadas nesta data, em benefício exclusivo do(s) beneficiário(s) abaixo citado(s).**

**O RESPONSÁVEL FINANCEIRO declara ter ciência de que nenhum benefício do contrato lhe será conferido, estando obrigado, entretanto, ao cumprimento integral de todas as cláusulas, inclusive a que se refere ao pagamento e cumprimento da vigência mínima.**

**O RESPONSÁVEL FINANCEIRO neste ato renuncia ao direito de substituir o(s) beneficiário(s) no decorrer da vigência do contrato.**

**c) Dados dos Beneficiários**

Nome:			
CPF		RG	
CNS		Data Nasc.	
Nome mãe		Estado Civil	
Endereço			CEP
Bairro		Município	
Telefone Fixo		Celular	
Email:	Celular Habilitado para WhatsApp: ( ) Sim ( ) Não		

Nome:			
CPF		RG	
CNS		Data Nasc.	
Nome mãe		Estado Civil	
Endereço			CEP
Bairro		Município	
Telefone Fixo		Celular	
Email:	Celular Habilitado para WhatsApp: ( ) Sim ( ) Não		

**d) Nome comercial e nº de registro do plano na ANS:**

Nome Comercial: **Orto Plus** Registro de Produto ANS nº **507.897/26-1**

**e) Tipo de Contratação: INDIVIDUAL OU FAMILIAR**

**f) Segmentação assistencial do plano de saúde: EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA**

**g) Área geográfica de abrangência do plano de saúde: NACIONAL**

**h) Área de atuação do plano de saúde: REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**i) Formação do Preço: PREESTABELECIDO**

**j) Serviços e Coberturas Adicionais**

Além dos procedimentos previstos na Cláusula COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, são adicionalmente cobertos pelo plano:

**ORTODONTIA**

- Aletas Gomes
- Arco Lingual
- Aparelho Extra Bucal
- Aparelho de Klammt
- Aparelho Ortodôntico Fico Metálico
- Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico Parcial
- Aparelho de Protração Mandibular - APM
- Aparelho Protetor Bucal
- Aparelho Removível com Alças Bionator Invertida ou de Escheler
- Aparelho de Thurow
- Barra Transpalatina Fixa
- Barra Transpalatina Removível
- Bionator de Balters
- Blocos Geminados de Clark-twinblock

- Botão de Nace
- Contenção Fixa por Arcada
- Diagnóstico e Planejamento para Tratamento Ortodôntico
- Disjuntor Palatino Hirax
- Disjuntor Palatino - Macnamara
- Distalizador Com Mola Nitinol
- Distalizador de Hilgers
- Distalizador Distal Jet
- Distalizador Pêndulo/Pendex
- Distalizador Tipo Jones Jig
- Gianelly
- Grade Palatina Fixa
- Grade Palatina Removível
- Herbst Encapsulado
- Máscara Facial - Delaire e Tração Reversa
- Mantenedor de Espaço Fixo
- Mantenedor de Espaço Removível
- Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Fixo
- Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Ortopédico
- Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Removível
- Mentoneira
- Modelador Elástico de Bimler
- Monobloco
- Obtenção de Modelos Gnatostáticos de Planas
- Pistas Diretas de Planas - Inferior e Superior
- Pistas Indiretas de Planas
- Placa de Contenção Ortodôntica
- Placa de Distalização de Molares
- Placa Dupla de Sanders
- Placa Encapsulada de Maurício
- Placa de Hawley
- Placa de Hawley com Torno Expansor
- Placa Lábio Ativa
- Placa de Mordida Ortodôntica
- Placa de Schwarz
- Placa de Verticalização de Caninos
- Plano Anterior Fixo
- Plano Inclinado
- Quadrihélice
- Recolocação de Mantenedor de Espaço
- Regulador de Função de Frankel
- Simões Network
- Splinter

## **PERIODONTIA**

- Órtese Miorrelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora)

## RADIOLOGIA

- Documentação Ortodôntica Completa (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; radiografia panorâmica; periapicais anteriores; 9 fotos intra e extraorais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; índice carpal; análise da via nasofaringeana (adenóide); previsão de erupção dos 3<sup>os</sup> molares e pasta);
- Documentação Ortodôntica Especial (Todo o conteúdo da Documentação Ortodôntica Completa acrescido de telerradiografia frontal; análise e traçado cefalométrico computadorizado; radiografias interproximais e foto do sorriso);
- Documentação Ortodôntica Simplificada (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; radiografia panorâmica; periapicais anteriores; 5 fotos intra e extraorais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; análise da via nasofaringeana (adenóide); CD e pasta);
- Documentação Ortopédica (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico de Bimler e Mac Namara; radiografia panorâmica; 9 fotos; CD; modelos ortodônticos; modelos de trabalho; curva de reação Dr. Bimler; índice carpal; análise da via nasofaringeana (adenóide); previsão de erupção de terceiros molares; ficha para tratamento ortognático; pasta ortodôntica e caixa de modelos);
- Panorâmica de Mandíbula/Maxila com Traçado Cefalométrico
- Radiografia da ATM (três incidências - unilateral)
- Radiografia da Mão e Punho (Índice Carpal)
- Telerradiografia
- Telerradiografia com Traçado Cefalométrico

### k) Preços e Meios de Pagamento

<b>Preço da mensalidade de acordo com o meio de pagamento escolhido</b>	
<i>Forma de Pagamento</i>	<i>Valor por beneficiário</i>
Boleto Bancário	R\$
Cartão de Crédito	R\$

<b>Demais Valores</b>	
Inscrição	R\$
Segunda Via de Cartão de Identificação (somente cartão físico)	R\$

### Meios de Pagamento das Mensalidades/Multas Contratuais

<b>Boleto Bancário</b>
<b>Cartão de Crédito</b>
Operadora: ( ) Visa ( ) Mastercard ( ) American Express ( ) Sorocred Cartão nº _____ Código Seg. _____ Vcto: /20 _____

- Optando pelo pagamento através do cartão de crédito, **o contratante autoriza que todas as mensalidades e as multas contratuais sejam debitadas em sua fatura do cartão de crédito escolhido.**
- **O preço da mensalidade é válido somente enquanto for a realizada pela forma de pagamento escolhida. Em caso de alteração, os valores cobrados se alterarão para a nova forma.**
- Em caso de vencimento ou troca do cartão, o contratante se obriga a comunicar à UNIODONTO a alteração dos dados.  
O presente contrato, por força da legislação, tem renovação automática, assim, vencido o primeiro período de vigência, o contratante autoriza neste ato que os débitos continuem a ser feitos pelo cartão de crédito, sem interrupção.
- Em caso de vencimento da validade do cartão ou troca sem a devida comunicação, ou ainda, em caso de contraordem de pagamento ou falta de crédito, a cobrança será automaticamente alterada para boleto bancário, **com alteração no valor cobrado para esta forma** até a efetiva regularização.

**Forma de pagamento das demais obrigações contratuais**

**Exceto as mensalidades e multas contratuais, todos os demais valores contratados, tais como inscrição, e segunda via de cartão de identificação, serão pagos diretamente na UNIODONTO, ou por boleto bancário, a escolha do contratante, sem alteração de valores.**

**I) Vencimento da mensalidade por boleto**

Dia \_\_ (\_\_\_\_) de cada mês.

**m) Valores Máximos de Reembolso de Urgência/Emergência: R\$**

Procedimentos que caracterizam atendimento de urgência/emergência durante vinte e quatro horas de todos os dias: Consulta odontológica de Urgência; Consulta odontológica de Urgência 24 horas; Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial; Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial; Imobilização dentária em dentes decíduos; Imobilização dentária em dentes permanentes; Recimentação de trabalhos protéticos; Tratamento de alveolite; Colagem de fragmentos dentários; Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial; Remoção de dreno extra-oral; Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial; Remoção de dreno intra-oral; Tratamento de abscesso periodontal agudo; Reimplante dentário com contenção; Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial; Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM); Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM; Pulpectomia; Pulpotomia; Restauração temporária / tratamento expectante; Pericoronarite; Tratamento odontalgia aguda; Capeamento pulpar direto com curativo (excluindo restauração final).

**DECLARAÇÕES DO CONTRATANTE**

O **CONTRATANTE** declara ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, o que lhe permitiu a leitura integral das cláusulas, compreendendo-as integralmente. Declara, ainda, que recebeu neste ato a segunda via desta proposta, do instrumento contratual, dos materiais

informativos indicando a forma de utilização do plano e a rede prestadora e demais anexos citados no contrato.

O CONTRATANTE declara-se ciente de que o plano, por força de lei, possui renovação automática de vigência para prazo indeterminado e que, de acordo com as cláusulas contratuais, seu cancelamento antes dos 12 (doze) meses iniciais de vigência acarretará na cobrança de multa de 20% (vinte por cento) das mensalidades restantes para completar o referido período.

O CONTRATANTE autoriza a UNIODONTO a realizar comunicações, inclusive a notificação em razão de eventual inadimplência, através dos seguintes meios alternativos, desde que constem no cadastro da UNIODONTO:

- ✓ correio eletrônico (*e-mail*) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- ✓ mensagem de texto para telefones celulares (SMS) ou através de aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (tais como *WhatsApp, Telegram, Messenger* etc.);
- ✓ ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;
- ✓ opcionalmente, carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, ou pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante/ responsável financeiro.

Caso o CONTRATANTE realize o acesso por meio de *login* e senha pessoais, a UNIODONTO poderá, opcionalmente, realizar a notificação em área restrita da página institucional da Uniodonto na Internet e/ou por meio de aplicativo da Uniodonto para dispositivos móveis.

O CONTRATANTE declara ter ciência de que a UNIODONTO, nos termos da Resolução Normativa nº 593 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e das normas que a sucederem, não é obrigada ao envio da carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, ou pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante/ responsável financeiro, tratando-se de meio opcional, caso não haja outra forma de notificação.

O CONTRATANTE se obriga a atualizar, sempre que alterados, seus dados cadastrais com a finalidade de notificação, ficando ciente de que a tentativa pela UNIODONTO de notificá-lo por todos os meios constantes do cadastro, com exceção do envio da carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, ou pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante/ responsável financeiro, será considerada válida para efeito de suspensão ou rescisão do contrato.

A presente Proposta de Adesão integra o contrato referente ao mesmo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar registrada no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Campinas sob o nº XXXXXXXX, em XX de XXXXXXXX de 2024

Data da assinatura do contrato: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



uniodonto®

Campinas

ANS - nº 350494

CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

Pela **Contratada**, Uniodonto de Campinas Cooperativa Odontológica

\_\_\_\_\_  
Vladimir Borin Pacheco Junior  
- Presidente -

\_\_\_\_\_  
Roberto Antonio Gobbo  
- Diretor de Operações de Mercado

Permissionária:	Código do Consultor:	Ass. Consultor:
-----------------	----------------------	-----------------

## CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO – CONTRATO Nº

Registro da Operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº: 350494  
Registro de produto ANS nº 507.897/26-1

### I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, pelo sistema de pré-pagamento, ou seja, de custo financeiro pré-determinado (contraprestação), para garantir a execução dos atos odontológicos cobertos por este contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

1.2. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (CDC).

1.2.1. Também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (conforme a necessidade de atendimento dos beneficiários), mas o CONTRATANTE mantém, de qualquer forma, suas obrigações, inclusive de pagamento integral da contraprestação.

### II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Para efeito deste contrato, o CONTRATANTE é o beneficiário titular ou o responsável financeiro, quando for o caso, assim definido na Proposta de Adesão.

2.1.1. Quando a contratação for feita por responsável financeiro o beneficiário titular para os fins deste contrato será o primeiro beneficiário inscrito na Proposta de Adesão.

**2.2. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes as pessoas que façam parte do grupo familiar do beneficiário titular, assim entendidos:**

- a) o cônjuge;**
- b) os filhos;**
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;**
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- e) os filhos comprovadamente inválidos.**

2.2.1. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o CONTRATANTE estiver inscrito.

2.2.2. Poderão ingressar, ainda, os agregados, assim consideradas as pessoas sem o vínculo estabelecido nesta cláusula **que comprovem dependência econômica** com o CONTRATANTE através de documentação hábil.

2.2.3. Os agregados ficam equiparados aos dependentes para todos os efeitos deste contrato.

2.3. A inclusão dos beneficiários será processada por meio da Proposta de Adesão que integra este contrato para todos os fins de direito, ou, ainda, por formulário próprio se a inclusão for posterior a celebração do presente contrato.

2.3.1. O pedido de inclusão de dependentes constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados na cláusula anterior, podendo a UNIODONTO solicitar documento hábil que permita a comprovação.

2.3.2. A prova da convivência será feita mediante a apresentação de “Termo de Convivência” devidamente firmado pelos conviventes.

**2.4. Poderão ser incluídos os dependentes somente no momento da celebração do presente contrato.**

**2.4.1. Após a celebração do contrato somente serão incluídos os novos cônjuges, conviventes, filhos e enteados, desde que realizada a inscrição no prazo de 30 (trinta) dias contados da data:**

- a) do nascimento, da adoção, da decisão judicial que fixar a guarda ou conceder a tutela;
- b) do casamento;
- c) do início da união estável.

2.5. É assegurada a inclusão do **filho adotado ou sob guarda ou tutela, menor de doze anos**, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o deferimento da adoção, da tutela ou da guarda.**

2.6. O **filho menor de doze anos** cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde **em até trinta dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.**

2.7. O pedido de inclusão deverá conter todos os dados dos beneficiários exigidos pelas normas em vigor para cumprimento das normas e determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cabendo ao CONTRATANTE atualizá-los e complementá-los sempre que solicitado pela UNIODONTO para o cumprimento das obrigações frente ao órgão regulador.

2.7.1. Também serão exigidos, no momento da contratação ou da inclusão de beneficiários, os dados cadastrais necessários ao estabelecido neste contrato, em especial de comunicação com os beneficiários, os quais devem ser mantidos atualizados pelo CONTRATANTE.

### **III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1. A cobertura compreende os **procedimentos exclusivamente odontológicos** realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção,

dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, **conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), específicos da segmentação odontológica, e suas atualizações.**

3.1.1. Quando por imperativo clínico for necessária a utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos previstos neste contrato, **estarão cobertos tão somente os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista.**

3.1.2. Cobertura do rol de procedimentos:

### **CIRURGIA**

- Alveoloplastia
- Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia Exostose Maxilar
- Cirurgia para Torus Mandibular
- Cirurgia para Torus Palatino
- Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese de Rânula ou Mucocele
- Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- Exérese ou Excisão de Mucocele
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenulotomia Labial
- Frenotomia/ Frenulotomia Lingual
- Frenulectomia Labial
- Frenulectomia Lingual
- Plastia de Ducto Salivar ou Exérese de Cálculo ou de Rânula Salivar
- Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial
- Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária

- Redução Incurta de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Inclusos/Impactados
- Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados
- Remoção de Odontoma
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasal
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusal
- Trat° Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Tunelização
- Ulectomia
- Ulotomia

### **CONDICIONAMENTO**

- Condicionamento em Odontologia
- Estabilização de Paciente por meio de contenção física ou mecânica

### **DENTÍSTICA**

- Adequação do Meio Bucal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Tratamento Restaurador Atraumático

### **DIAGNÓSTICO**

- Consulta Odontológica
- Consulta Odontológica Inicial
- Consulta Odontológica para avaliação técnica de auditoria

### **ENDODONTIA**

- Pulpotomia em Dente Decíduo
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo
- Tratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes

## **EXAMES**

- Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biopsia na Região Buco-Maxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-Maxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-Maxilo-Facial
- Teste de Fluxo Salivar
- Teste PH Salivar (Acidez Salivar)

## **PERIODONTIA**

- Ajuste Oclusal por acréscimo
- Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada
- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Dessensibilização Dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Odonto-Secção
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

## **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Flúor
- Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Atividade Educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Profilaxia: Polimento Coronário
- Remineralização Dentária
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)

## **PRÓTESE**

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida (RMF)
- Núcleo de Preenchimento
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reembasamento de Coroa Provisória

## **RADIOLOGIA**

- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico/Periapical Completo)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

## **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Colagem de Fragmentos Dentários
- Consulta Odontológica de Urgência
- Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região Buco-Maxilo-Facial
- Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região Buco-Maxilo-Facial
- Incisão e Drenagem Extraoral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Incisão e Drenagem Intraoral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária em Dentes Decíduos
- Imobilização Dentária em Dentes Permanentes
- Pulpotomia
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Remoção de Dreno Extraoral
- Remoção de Dreno Intraoral
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

**3.2. Os procedimentos cobertos se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.**

## **IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

### **4.1. Não estão cobertos pelo plano:**

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) quaisquer serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, excetuando apenas os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos cobertos passíveis de serem executados em consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; estão excluídas da cobertura as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de anestestistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados ou credenciados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou credenciados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- j) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- k) procedimentos com finalidade estética;
- l) a instalação, manutenção, substituição, remoção ou reimplantação de aparelhos ortodônticos instalados anteriormente à celebração deste contrato ou à inclusão do beneficiário no plano;
- m) a retirada e a reimplantação de aparelhos ortodônticos sem indicação clínica formal do cirurgião-dentista assistente;
- n) a reposição de peças ortodônticas e a substituição integral ou parcial do aparelho em decorrência de perda, extravio, mau uso ou quebra, exceto nos casos devidamente comprovados de defeito de fabricação;
- o) a utilização de dispositivos auxiliares não contemplados na cobertura, tais como mini-implantes, mini parafusos, mini placas, ancoragens esqueléticas ou quaisquer dispositivos de ancoragem temporária;
- p) a realização de escaneamento intraoral, planejamento digital, mockups, softwares de simulação ou quaisquer tecnologias digitais associadas ao planejamento ortodôntico;
- q) todos e quaisquer aparelhos ortodônticos que não sejam o fixo convencional metálico, incluindo, mas não se limitando a:
  - q.1) aparelhos ortodônticos estéticos, tais como os confeccionados em cerâmica, porcelana, safira, policarbonato, resina, fibra de vidro ou quaisquer materiais translúcidos ou estéticos;
  - q.2) aparelhos ortodônticos autoligados (metálicos ou estéticos), passivos ou ativos;
  - q.3) aparelhos ortodônticos linguais ou invisíveis, com fixação na face interna (palatina/lingual) dos dentes;
  - q.4) alinhadores transparentes ou removíveis, incluindo sistemas como Invisalign® e quaisquer similares nacionais ou importados;
  - q.5) quaisquer aparelhos personalizados, digitais, estéticos ou tecnologicamente avançados que tenham finalidade estética ou conforto superior ao aparelho convencional metálico;
  - q.6) quaisquer outros dispositivos ortodônticos não descritos como cobertos neste contrato.

#### **V - DURAÇÃO DO CONTRATO**

5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, com início na data de sua assinatura ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

5.1.1. Caso a contratação do plano ocorra pelo meio eletrônico a data de início da vigência será o dia do efetivo pagamento da primeira mensalidade.

5.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial.

5.2.1. Não haverá cobrança de qualquer taxa ou outro valor adicional em decorrência da renovação automática, mantendo-se somente as obrigações do CONTRATANTE assumidas no momento da contratação e seus eventuais reajustamentos.

## **VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**6.1. Os beneficiários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência.**

**6.1.1. O início da contagem do período de carência se dará na data de início de vigência do presente contrato para o beneficiário incluído no momento da contratação, ou se posteriormente, na data de sua efetiva inclusão no plano.**

**6.2. Os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:**

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal	Prazo Contratado
Cirurgia	180 dias	<b>30 dias</b>
Condicionamento	180 dias	<b>30 dias</b>
Dentística	180 dias	<b>30 dias</b>
Diagnóstico	180 dias	<b>30 dias</b>
Endodontia	180 dias	<b>30 dias</b>
Exames	180 dias	<b>30 dias</b>
Órtese Miorrelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora)	180 dias	<b>90 dias</b>
<b>ORTODONTIA</b>	180 dias	<b>90 dias</b>
Periodontia	180 dias	<b>30 dias</b>
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	<b>30 dias</b>
Prótese	180 dias	<b>30 dias</b>
Radiologia	180 dias	<b>30 dias</b>
Urgência/Emergência	24 horas	<b>24 horas</b>

6.3. A contagem da carência se inicia na data da assinatura do contrato ou da inclusão do beneficiário, se posterior à celebração do contrato, ou do pagamento da primeira mensalidade respectiva, o que ocorrer primeiro.

## **VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1. Não haverá cobertura parcial temporária ou agravo na contraprestação em razão de lesão ou doença pré-existente à contratação.

## **VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**8.1. A UNIODONTO assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste instrumento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, nos casos exclusivos de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas.**

8.1.1. Os procedimentos de urgência/emergência são os previstos no rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

8.1.2. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis as despesas odontológicas de urgência/emergência **até o limite dos valores** previstos na proposta de adesão.

8.1.3. Os valores máximos de reembolso não serão inferiores ao praticado pela UNIODONTO com sua rede prestadora de serviços.

8.2. O reembolso será efetuado, no montante despendido pelo beneficiário, limitado aos valores fixados neste contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral:

- a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o reembolso;
- b) orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- c) recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, constando o número de sua inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF), acusando o recebimento dos valores combinados.
- d) recibo individualizado por procedimento, assinado pelo cirurgião-dentista assistente.

**8.2.1. O beneficiário perderá o direito de requerer o reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.**

## **IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **Cartão de Identificação**

9.1. A UNIODONTO fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação, de forma impressa ou digital, referente ao plano contratado, com descrição de suas características, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a UNIODONTO adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

9.1.1. Caso haja necessidade de segunda via impressa do Cartão Individual de Identificação, deverá ocorrer a solicitação por escrito à UNIODONTO, que cobrará o valor previsto na proposta de adesão.

### **Divulgação da Rede**

9.2. A relação da rede prestadora está disponível na *internet* no endereço <http://www.uniodontocampinas.com.br> ou através de aplicativo para *smartphone*.

9.2.1. A UNIODONTO fornecerá, por solicitação do beneficiário a relação impressa da rede prestadora com as mesmas informações dos meios eletrônicos.

#### **Acesso à cobertura**

9.3. Para o atendimento dos procedimentos cobertos, o beneficiário escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede prestadora que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

9.4. O cirurgião-dentista lavrará plano de tratamento dos atos odontológicos que deverá ser aprovado pela UNIODONTO antes de sua execução, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

9.4.1. Aprovada a realização do tratamento, sua execução deverá ser agendada pelo beneficiário diretamente com o cirurgião-dentista que a propôs.

#### **Auditoria**

9.5. A UNIODONTO poderá realizar auditoria odontológica, quando da apresentação da proposta de tratamento, durante e/ou no término dos procedimentos, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

9.5.1. Na aplicação da auditoria odontológica presencial, a UNIODONTO se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

#### **Divergência Odontológica**

9.6. Havendo divergência entre a solicitação do profissional assistente e a auditoria, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista da UNIODONTO e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da UNIODONTO.

#### **X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

10.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

10.2. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIODONTO a inscrição e a mensalidade nos valores relacionados na proposta de adesão.

10.2.1. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à UNIODONTO, não tendo o cooperado ou qualquer outro prestador autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da UNIODONTO.

10.3. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

- a) da inscrição, uma única vez, no momento da contratação ou da inclusão de beneficiários;
- b) da mensalidade, a cada período mensal, na data de vencimento ajustada, relativa ao número de beneficiários inscritos no plano.

10.3.1. As cobranças emitidas pela UNIODONTO serão baseadas no número de beneficiários no momento de sua emissão, realizando-se os acertos dos valores nos meses subsequentes caso não seja possível sua alteração e remessa até o vencimento.

10.4. Os valores contratados serão pagos até seus respectivos vencimentos por meio de boleto online, cartão de crédito, débito autorizado e/ou outra forma de cobrança que vier a ser adotado pela UNIODONTO.

10.4.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.4.2. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO, para que não se sujeite às consequências da mora.

**10.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores contratados, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, ou sua fração diária (0,033% ao dia) e correção monetária de acordo com a variação do Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2 % (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.**

**10.6. O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE, seu representante ou assistente, quando for o caso, em cadastro de restrição ao crédito.**

## **XI - REAJUSTE**

11.1. Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação do **Índice de Preços ao Consumido do Setor Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC-Saúde/FIPE)**, ou pelo índice que venha a substituí-lo.

11.1.1. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, ela terá aplicação imediata sobre este contrato.

11.2. Caso a legislação permita, os valores contratados também serão revisados anualmente levando-se em conta a elevação de preços observados para cada componente do custo assistencial, compreendendo os materiais, a inclusão de procedimentos obrigatórios cobertos e o preço e respectivos reajustes aos prestadores de serviços.

**11.3. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão reajuste integral na data de reajustamento do presente contrato, entendendo-se o aniversário como data base única.**

## **XII - FAIXAS ETÁRIAS**

12.1. Este contrato não tem seus preços fixados por faixa etária, assim, não há alteração de valores das contraprestações em decorrência da idade dos beneficiários.

### **XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

#### **Exclusão**

**13.1. O beneficiário dependente será excluído do plano nos casos de:**

- a) perda da condição de dependência definida nas condições de admissão deste contrato;**
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;**
- c) pedido do CONTRATANTE.**

13.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes.

13.2.1. O disposto nesta cláusula não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento das obrigações contratadas.

**13.3. A efetivação da exclusão se opera:**

- a) por iniciativa da UNIODONTO, nas hipóteses previstas neste contrato, no último dia do mês do recebimento da notificação pelo CONTRATANTE;**
- b) por pedido do CONTRATANTE, na data da solicitação.**

**13.3.1. Enquanto não efetivada a exclusão do beneficiário mantém-se a obrigação do pagamento das mensalidades respectivas, bem como todos os direitos garantidos pelo presente contrato.**

**13.3.2. Cessa a responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos a partir da efetivação da exclusão.**

#### **Penalidade por Exclusão Antecipada**

**13.4. Tratando-se de contratação familiar, se a exclusão do dependente ocorrer antes de completados 12 (doze) meses de sua inclusão, o CONTRATANTE pagará multa pecuniária equivalente a 20 % (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado.**

**13.4.1. A multa não será devida em caso falecimento ou exclusão pela UNIODONTO por perda da condição de dependente.**

### **XIV - RESCISÃO**

#### **Denúncia**

**14.1. Antes do prazo de 12 (doze) meses de vigência, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária**

equivalente a 20 % (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

14.2. Após os 12 (doze) meses iniciais de vigência o contrato poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE sem a incidência da multa de que trata a cláusula anterior.

14.3. O encerramento do contrato pela denúncia do CONTRATANTE ocorrerá na data de sua solicitação à UNIODONTO.

14.3.1. Enquanto não encerrado o contrato mantém-se a obrigação do pagamento das mensalidades respectivas, bem como todos os direitos garantidos pelo presente contrato.

14.3.2. Cessa a responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos a partir do encerramento do CONTRATO.

#### **Rescisão**

14.4. Será considerado rescindido este contrato:

- a) se houver atraso no pagamento das obrigações por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de a UNIODONTO exigir a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.
- b) ocorrendo fraude comprovada.

14.4.1. Sendo permitida legalmente a redução do período de inadimplência (60 dias), para efeito de rescisão ou suspensão, este contrato se adaptará às novas condições vigentes.

14.4.2. A notificação de que trata esta cláusula pode ser realizada pelos seguintes meios, de forma alternativa, **desde que constem no cadastro da UNIODONTO:**

- a) correio eletrônico (*e-mail*) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- b) mensagem de texto para telefones celulares (SMS) ou através de aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (tais como *WhatsApp, Telegram, Messenger* etc.);
- c) ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;
- d) opcionalmente, carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, ou pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante/responsável financeiro.

14.4.3. Caso o CONTRATANTE realize o acesso por meio de *login* e senha pessoais, a UNIODONTO poderá, opcionalmente, realizar a notificação em área restrita da página institucional da Uniodonto na Internet e/ou por meio de aplicativo da Uniodonto para dispositivos móveis.

14.4.4. Nos termos da Resolução Normativa nº 593 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e das normas que a sucederem, após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos nesta cláusula e que constem no cadastro da UNIODONTO, com exceção ao disposto na cláusula 14.4.5., o contrato será suspenso

ou rescindido unilateralmente por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

**14.4.5. A UNIODONTO, conforme regulamentação citada na cláusula anterior, não é obrigada ao envio da carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, ou pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante/responsável financeiro, tratando-se de meio opcional.**

14.4.6. Caso o CONTRATANTE seja notificado após o quinquagésimo dia de inadimplência terá, sempre, no mínimo, mais dez dias de inadimplência para que seja possível afastar a rescisão do contrato.

**14.5. Ocorrendo a rescisão antes dos 12 (doze) meses iniciais de vigência, o CONTRATANTE se sujeitará ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20 % (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.**

**14.6. A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos cessa no último dia do prazo da notificação de rescisão.**

#### Disposições Comuns

**14.7. Ocorrendo qualquer das hipóteses de extinção do contrato (denúncia ou rescisão), no prazo previsto entre a data da notificação/comunicação e do término da relação, não haverá inclusão ou exclusão imotivada de beneficiários.**

### XV - DISPOSIÇÕES GERAIS

#### Das Definições

15.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
- b) BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependente.
- c) CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.
- d) CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.
- e) COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.
- f) CONSULTA: é o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- g) CONTRATANTE: é a pessoa física (qualificada na proposta de adesão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica, na qualidade de beneficiário titular ou de responsável financeiro.
- h) CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, denominada no contrato como UNIODONTO, que se obriga a garantir a prestação de

serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus cirurgiões-dentistas cooperados.

i) **CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR:** é um contrato de adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física.

j) **CONVIVENTE:** é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.

k) **COOPERADO:** é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas odontológicas, existentes no Sistema Nacional UNIODONTO.

l) **INSCRIÇÃO:** é o ato de incluir um beneficiário no plano.

m) **MENSALIDADE:** é a quantia a ser paga mensalmente à UNIODONTO, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade; contraprestação.

n) **PLANO:** é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

o) **PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

p) **SISTEMA NACIONAL UNIODONTO:** é o conjunto de todas as UNIODONTOS, cooperativas odontológicas, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si.

q) **TABELA DE REFERÊNCIA OU REFERENCIAL:** é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde. Esta Tabela está registrada no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Campinas de sob o nº 150.742, em 26.08.2021.

r) **UNIODONTO:** é uma cooperativa de cirurgiões-dentistas, regida pelos artigos 1093 a 1096 do Código Civil e pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida pelos próprios odontólogos.

### **Das Outras Disposições**

15.2. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores etc.

15.3. A UNIODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores.

#### **15.4. Considera-se fraude para efeito deste contrato:**

a) qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários na utilização do objeto deste instrumento;

b) utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

c) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIODONTO ou do resultado de perícias, exames ou auditorias, quando necessários;

d) descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

15.4.1. No conceito de fraude incluem-se a má-fé, a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação, a mentira etc.

**15.5. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, denúncia ou resolução deste contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários caso sejam impressos, e quaisquer outros documentos porventura**

fornecidos pela UNIODONTO, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

**15.6.** Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, ou acesso indevido por terceiros no formato eletrônico, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso de meio impresso, emissão de segunda via.

**15.7.** O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da UNIODONTO, ensejará pedido de reembolso das despesas e indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

**15.7.1.** Considera-se uso indevido do cartão de identificação para efeito deste contrato:

a) para obter atendimento, mesmo que na forma UNIODONTO, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato;

b) em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

**15.8.** É obrigação do CONTRATANTE a atualização de seu cadastro junto à UNIODONTO de forma escrita e comprovada.

15.9. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

15.10. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a cooperativa Uniodonto qualificada na proposta de adesão, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIODONTO.

15.11. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**15.12.** O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a UNIODONTO a:

a) prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde;

b) obter o diagnóstico odontológico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos beneficiários como para fins de informações odontológicas.

**15.12.1.** Ficam desde já autorizadas que as informações de que trata o item “b” desta cláusula serão prestadas pelos cirurgiões-dentistas cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados.

**15.12.2.** As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo odontológico, e a UNIODONTO fica responsável em tomar todas as precauções necessárias para manter o sigilo técnico sobre o fluxo de informações obtidas em decorrência das atividades descritas no objeto deste instrumento, obedecendo ao que determina o Código de Ética Odontológica.

**15.13. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Cartão de Identificação, a Tabela Referencial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e demais anexos firmados pelas partes.**

15.14. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

#### **Das disposições especiais relativas à proteção de dados pessoais**

15.15. As partes concordam que o processamento de dados pessoais será sempre executado em conformidade com a Lei 13.709, de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), especialmente no que se refere aos seus princípios gerais estabelecidos no artigo 6º da referida Lei, bem como das normas derivadas da autorregulação pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e demais órgãos reguladores a que estiverem vinculadas, além das melhores práticas internacionais de segurança da informação e proteção de dados pessoais.

15.15.1. Nos termos desta cláusula, as atividades de tratamento de dados pessoais derivadas da execução deste contrato, somente poderão ser desenvolvidas, independentemente do meio onde sejam tratados os dados pessoais (físico ou digital), para alcançar a finalidade objeto do contrato e ou para cumprimento de obrigação legal.

15.16. A UNIODONTO, denominada daqui por diante **CONTROLADORA**, em razão dos serviços a serem desenvolvidos para cumprimento do objeto do contrato de plano de saúde exclusivamente odontológico necessita realizar o tratamento dos dados pessoais comuns e sensíveis do CONTRATANTE, bem como de seus dependentes eventualmente inscritos, de ora em diante denominados **“Titular dos Dados”** ou simplesmente **“Titular”** (independentemente de sua condição contratual como beneficiário titular ou beneficiário dependente).

15.16.1. Para o cumprimento de suas obrigações contratuais e legais, perante órgãos reguladores e governamentais, a **CONTROLADORA** terá o poder de decisão sobre os meios, conveniência e oportunidade de realizar o tratamento das informações do **TITULAR** na modalidade de compartilhamento com terceiros, necessários para o cumprimento de referidas obrigações, tendo como premissas a observância da estrita finalidade para o qual o dado foi coletado, sua adequação e efetiva necessidade, zelando pela transparência, segurança e no seu melhor interesse.

15.17. A **CONTROLADORA** esclarece desde já ao **TITULAR** que por exercer atividade regulada terá, obrigatoriamente, que compartilhar dados pessoais com referidos reguladores e órgãos governamentais zelando para que ocorra sem excessos, atendendo às normas de proteção de dados. Da mesma forma, estará a **CONTROLADORA** obrigada ao compartilhamento de dados pessoais requisitados por órgão judicial ou de polícia para fins investigativos.

15.18. Considerando que o atendimento é prestado pela rede cooperada/credenciada, bem como em estabelecimentos próprios da UNIODONTO, para a execução eficiente e plena do objeto do contrato, a UNIODONTO poderá eventualmente necessitar compartilhar dados

pessoais do beneficiário com os referidos cooperados/credenciados/serviços próprios, seja por motivos operacionais ou mesmo de custo, garantindo-se dessa maneira a eficiente prestação do serviço, de forma que para efeito deste contrato:

- a) o Cooperado/Credenciado/Serviço Próprio será qualificado como agente de tratamento de dados, na qualidade de OPERADOR sobre os dados que tem acesso através dos sistemas da UNIODONTO, especialmente sobre identificação, localização, elegibilidade, status clínico, prontuários eletrônicos e resultados de exames, se o caso.
- b) o Cooperado/Credenciado/Serviço Próprio será qualificado como agente de tratamento de dados, na qualidade de **CONTROLADOR EM CONJUNTO** sobre os dados que coletar e enriquecer no atendimento clínico do beneficiário.

15.18.1. Aplica-se igualmente o disposto nesta cláusula quando a UNIODONTO, para o cumprimento do objeto deste contrato e atender a legislação da saúde suplementar em vigor, relacionar-se com estabelecimento de saúde não contratado/credenciado, observando-se todas as disposições de proteção de dados e segurança pertinentes.

15.19. Considerando que o custos do contrato comercializado pela **CONTROLADORA** estão sujeitos a variação em decorrência de usos abusivos e fraudes, visando atender aos interesses do próprio TITULAR e demais beneficiários, a **CONTROLADORA** realizará periodicamente auditorias odontológicas, internamente ou por meio de empresa especializada, o que exigirá o compartilhamento de dados pessoais para essa finalidade, mas que ocorrerá dentro dos limites legais impostos pela Lei Geral de Proteção de Dados, sendo disponibilizado ao TITULAR quando o caso, as informações sobre os agentes envolvidos na operação de tratamento de dados em questão de forma prévia e transparente, nos canais de comunicação mantidos com os beneficiários.

15.20. A UNIODONTO tem como uma das suas premissas viabilizar para o beneficiário o acesso aos melhores serviços e produtos para atendimento da sua condição de saúde, estabelecendo serviços e produtos que não sejam parte do seu escopo de contrato, por meio dos quais são garantidos descontos para os beneficiários titulares e dependentes do plano odontológico.

15.20.1. Para viabilização da implantação desses serviços e benefícios são compartilhados dados pessoais de identificação e localização do beneficiário para que possa ser identificado nos estabelecimentos conveniados e ter acesso aos benefícios e descontos negociados via convênio, cabendo ao beneficiário titular e seus dependentes manifestarem seu consentimento em termo específico, escrito ou eletrônico, no ato da contratação ou durante a sua execução.

## **XVI - ELEIÇÃO DE FORO**

16.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

**Data da Assinatura do Contrato:**

**CONTRATANTE:** \_\_\_\_\_

**CONTRATADA: UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

**Diferenças entre planos Individuais e Coletivos**



Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado. Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial), associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma Administradora de Benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

**Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde**

**PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES**

**PLANOS COLETIVOS**

<p><b>CARÊNCIA</b></p>	<p>É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9656/1998: 24 horas para urgência / emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</p>	<p><b>Coletivo Empresarial</b></p> <p><b>Com 30 participantes ou mais</b> Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</p> <p><b>Com menos de 30 participantes</b> É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p> <p><b>Coletivo por adesão</b></p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato; e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>
<p><b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA</b></p>	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (DLP), conforme declaração de saúde, pericia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, intervenções cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga no plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.</p> <p>A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	<p><b>Coletivo Empresarial</b></p> <p><b>Com 30 participantes ou mais</b> Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</p> <p><b>Com menos de 30 participantes</b> É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.</p> <p><b>Coletivo por adesão</b></p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</p>
<p><b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b></p> <p><b>REAJUSTE</b></p>	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquias. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de pericia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p> <p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração da idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003</p>	<p><b>Coletivo por adesão</b></p> <p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes: contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.</p> <p>Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz o monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>

<p><b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b></p>	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>
<p><b>VIGÊNCIA</b></p>	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.</p>
<p><b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b></p>	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 5º dia de inadimplência.</p> <p>Nos contratos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral motivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde do beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>
<p><b>Perda da condição dos beneficiários aos planos coletivos:</b> Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perderem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.</p>	
<p><b>Direitos dos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais:</b> Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular permitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantém o vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário é de 6 meses no mínimo e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em novo emprego ou cargo.</p>	
<p><b>Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial:</b> Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestão. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Esse direito não existe caso tenha havido a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).</p>	
<p><b>Cobertura e segmentação assistencial:</b> Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24 horas, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9656/1998. A cobertura para acidente de trabalho ou doença profissional em planos coletivos e empresariais é adicional e depende de contratação específica.</p>	
<p><b>Abrangência geográfica:</b> Apona para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.</p>	
<p><b>Área de atuação:</b> É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.</p>	
<p><b>Administradora de Benefícios:</b> Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.</p>	
<p><b>Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site <a href="http://www.ans.gov.br">www.ans.gov.br</a> ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656). ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.</b></p>	
<p>O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div data-bbox="1268 1534 1364 1881">  <p>Agência Nacional de Saúde Suplementar</p> </div> <div data-bbox="1268 1030 1364 1220"> <p><b>Ministério da Saúde</b></p> </div> <div data-bbox="1268 414 1364 705">  <p>UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL</p> </div> </div> <p>Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20.021-040 - Rio de Janeiro - RJ. Disque-ANS: 0800-701-9656 - <a href="http://www.ans.gov.br">www.ans.gov.br</a> - <a href="mailto:ouvidoria@ans.gov.br">ouvidoria@ans.gov.br</a></p>	

<b>GUIA DE LEITURA CONTRATUAL</b>		<i>Página do Contrato</i>
<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano se destina à pessoa física ou jurídica. A Contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	<b>2</b>
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	<b>2</b>
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	<b>Não aplicável na segmentação exclusivamente odontológica</b>
<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	<b>2</b>
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário 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 beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	<b>9</b>
<b>EXCLUSÕES DA COBERTURA</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	<b>13</b>
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	<b>14</b>
<b>CARÊNCIAS</b>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	<b>15</b>

<b>DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e Lesões Pré-existentes (DLP) são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	<b>15</b>
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	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.	<b>16</b>
<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	<b>18</b>
<b>RESCISÃO / SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	<b>19</b>
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	<b>Não aplicável neste produto</b>
<p><i>Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site <a href="http://www.ans.gov.br">www.ans.gov.br</a> ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).</i></p> <p><b>ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.</b></p>		