

**Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica**  
**Produto nº 400.058/99-7**  
**PLANO REFERENCIAL – INDIVIDUAL/FAMILIAR**

**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.

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) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) os filhos;
- d) os enteados;
- e) o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o tutelado;
- f) os netos e bisnetos;
- g) os irmãos;
- h) os pais, os avós e os bisavós;
- i) os tios e os sobrinhos;
- j) os sogros;
- k) os genros e as noras;
- l) os cunhados;
- m) os padrastos e as madrastas.

2.2.1. Poderão ingressar, ainda, a critério do CONTRATANTE os agregados, assim consideradas as pessoas sem o vínculo estabelecido nesta cláusula que ficarão equiparados aos dependentes para todos os efeitos deste contrato.

2.3. A inclusão do CONTRATANTE e dos respectivos dependentes 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 pelo CONTRATANTE constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados na cláusula anterior, podendo a UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL 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. A inclusão deverá conter todos os dados dos beneficiários exigidos pela norma em vigor para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cabendo ao CONTRATANTE atualizá-los e complementá-los sempre que solicitado pela UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL para o cumprimento das obrigações frente ao órgão regulador.

### III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A cobertura compreende os **procedimentos exclusivamente odontológicos, listados no anexo I**, realizáveis em consultório, 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.**

**3.2. 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 anestesiistas (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) Os procedimentos, mesmo aqueles que não previstos nesta cláusula, quando não forem garantidos pela legislação que rege os planos de saúde, e de cobertura exclusivamente odontológica.

#### **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.

5.2. 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 |
|--------------------------|--------------------|------------------|
| Urgência/Emergência      | 24 horas           | <b>24 horas</b>  |
| Diagnóstico              | 180 dias           | <b>30</b>        |
| Condicionamento          | 180 dias           | <b>30</b>        |
| Exames                   | 180 dias           | <b>30</b>        |
| Radiologia               | 180 dias           | <b>30</b>        |
| Prevenção em Saúde Bucal | 180 dias           | <b>30</b>        |
| Dentística               | 180 dias           | <b>30</b>        |
| Periodontia              | 180 dias           | <b>30</b>        |
| Endodontia               | 180 dias           | <b>90</b>        |
| Cirurgia                 | 180 dias           | <b>90</b>        |
| Prótese                  | 180 dias           | <b>180</b>       |

6.2. 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 agravamento na contraprestação em razão de lesão ou doença pré-existente à contratação.

## VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. A UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL 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 MATO GROSSO DO SUL, 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 MATO GROSSO DO SUL fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação 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 MATO GROSSO DO SUL adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

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

### **Divulgação da Rede**

9.2. Neste ato é entregue ao CONTRATANTE o guia impresso com a relação da rede prestadora, editado pela UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL, informando a relação de seus prestadores, bem como os respectivos endereços, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

9.2.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço <http://www.uniodontocampogrande.com.br>.

### **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.

9.3.1 A consulta médica/exame previamente agendado poderá ser desmarcada com até 24 horas de antecedência.

**9.3.2** A consulta ou procedimento agendados previamente poderão ser desmarcados com até 24h (vinte e quatro horas) de antecedência do agendamento. O não comparecimento na consulta ou procedimento, sem a comunicação prévia de cancelamento, implicará na cobrança de R\$ 30,00 (trinta reais) por falta consulta ou procedimento.

9.4. O cirurgião-dentista lavrará plano de tratamento dos atos odontológicos que deverá ser aprovado pela UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL 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 MATO GROSSO DO SUL, quando da apresentação da proposta de tratamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, 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 MATO GROSSO DO SUL 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 MATO GROSSO DO SUL e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL.

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

10.1. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL a inscrição e a mensalidade nos valores relacionados na proposta de adesão.

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

10.2. 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.

10.2.1. As cobranças emitidas pela UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL 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.

10.3. Os valores contratados serão pagos até seus respectivos vencimentos pelo meio de cobrança adotado pela UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL.

10.3.1. 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.

10.3.2. 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 MATO GROSSO DO SUL, ou através do site <https://uniodontoms.com.br>, para que não se sujeite às consequências da mora.

10.4. 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.

10.5. O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE, seu representante ou assistente, quando for o caso, nos órgãos de proteção ao crédito.

## **XI - REAJUSTE**

11.1. Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação do Índice de Preços ao Consumidor 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, a mesma 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) solicitação direta do beneficiário titular
- d) inadimplência.

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 MATO GROSSO DO SUL, nas hipóteses previstas neste contrato, no último dia do mês seguinte ao 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 MATO GROSSO DO SUL pelos atendimentos a partir da efetivação da exclusão.

13.3.3. Quando houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, a CONTRATADA notificará a CONTRATANTE até o quinquagésimo dia de inadimplência, por todos os meios de comunicação existentes, sem prejuízo do direito da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias

Os meios de comunicação ao beneficiário, acerca da inadimplência, serão:

- a) Endereço eletrônico (e-mail) cadastrado no sistema da operadora e informado pela contratante;
- b) Mensagem de texto (sms) para o telefone móvel cadastrado no sistema da operadora;
- c) Whatsapp para o para o telefone móvel cadastrado no sistema da operadora;
- d) Ligação gravada para todos os números de contato fornecidos pela parte contratante no momento de seu cadastro no plano de saúde;
- e) Outros meios eletrônicos e/ou digitais possíveis que possam vir a surgir, durante a vigência deste contrato.

## **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 MATO GROSSO DO SUL.

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 MATO GROSSO DO SUL 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 da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL 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. 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. A responsabilidade da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL pelos atendimentos cessa no último dia do prazo da notificação de rescisão.

### **Disposições Comuns**

**14.6. 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 – DO CONSENTIMENTO COM O TRATAMENTO DE DADOS**

15.1 O beneficiário Contratante declara seu pleno e absoluto consentimento com o tratamento dos seus dados informados no ato desta contratação pela operadora Contratada, com a finalidade de prestação da assistência à saúde na modalidade do plano de saúde contratado, incluindo o compartilhamento destas informações com terceiros para prestação dos serviços objeto do contrato, bem como para auditoria destes serviços pela operadora.

15.2 O Contratante declara ainda consentir com o tratamento de seus dados pela operadora, inclusive dados sensíveis relativos à sua saúde, para fins de execução de projetos de prevenção pela operadora, acompanhamento e monitoramento da saúde da carteira de beneficiários da operadora, oferta de serviços relacionados à saúde ou para outros projetos cujo objeto seja a melhoria ou ampliação dos serviços odontológicos colocados à disposição.

15.3 O Contratante declara consentir com o tratamento, pela operadora, de seus dados de saúde informados na Declaração de Saúde eventualmente preenchida, para fins de verificação de eventual fraude na contratação do plano de saúde e/ou imputação de Cobertura Parcial Temporária ou cobrança de agravo.

## **XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS**

### **16. 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 MATO GROSSO DO SUL ou do resultado de perícias, exames ou auditorias, quando necessários;**
- d) descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.**

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

16.2. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, a UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

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

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

- a) para obter atendimento, mesmo que na forma UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL, 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.

16.7. É obrigação do CONTRATANTE a atualização de seu cadastro junto à UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL de forma escrita e comprovada.

16.8. 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.

16.9. 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.

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

**16.11. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL 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.

16.11.1. 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.

16.11.2. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo odontológico, e a UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL 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.

16.12. 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.

16.13. 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.

## **CLÁUSULA XVII – DO SIGILO, PROTEÇÃO E CONFIDENCIALIDADE DE DADOS**

17.1. As partes se comprometem a manter o sigilo e integridade dos dados compartilhados entre si com vistas à execução do objeto contratual, responsabilizando-se cada qual exclusivamente com os dados eventualmente recebidos perante o seu respectivo titular.

17.2. A Contratante se compromete ainda a zelar pelo sigilo e confidencialidade dos dados sensíveis obtidos por sua equipe, em especial a equipe de RH, bem como a garantia da devida proteção aos referidos dados que tiver acesso em razão da execução do contrato.

17.3. As partes assumem o compromisso de firmar termo de confidencialidade com todos os seus colaboradores que vierem a ter acesso a qualquer informação confidencial ou sigilosa que venham a receber ou transmitir por ocasião da execução do presente contrato, em especial os dados dos clientes e empregados da Contratante, inclusive responsabilizando nos termos da Lei aqueles que praticarem, permitirem ou facilitarem atos de violação de dados.

17.4. A Contratante se compromete a utilizar as informações pessoais compartilhadas dos beneficiários titulares, que sejam empregados da Contratada, e seus dependentes, com o único propósito de executar os serviços contratados, vedada a utilização dos dados pessoais que venha a ter acesso na execução do presente contrato, para oferta de qualquer outro serviço, produto ou finalidade diversa do presente contrato, salvo autorização e consentimento prévio, expresso e destacado do titular dos dados.

17.5. A Contratada se compromete a informar os titulares de dados caso sejam indagadas sobre o tratamento de seus dados.

17.6. A Contratada garante a implementação de medidas técnicas e organizacionais necessárias para proteger os dados pessoais contra a destruição, acidental ou ilícita, a perda acidental, a alteração, a difusão ou o acesso não autorizado, bem como contra qualquer forma de tratamento ilícito ou em desconformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais ou à Política de Proteção de Dados da Contratante.

17.7. A Contratada conservará os dados pessoais apenas durante o período necessário à execução deste Contrato, procedendo com a completa eliminação dos dados pessoais registrados e armazenados ao fim do tratamento dos dados, em razão do término do presente Contrato, nas formas e condições indicadas pela Contratante, salvo se expressamente solicitado de forma diversa pela Contratante

## **XVIII - ELEIÇÃO DE FORO**

18.1. Fica eleito o foro de Campo Grande/MS para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

## **ANEXO I**

### **COBERTURAS ODONTOLÓGICAS GARANTIDAS**

#### **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
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Incisão e Drenagem Extra-Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Incisão e Drenagem Intra -Oral 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 Extra-Oral
- Remoção de Dreno Intra-Oral
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

#### **DIAGNÓSTICO**

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

#### **CONDICIONAMENTO**

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

#### **EXAMES**

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

#### **RADIOLOGIA**

- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico/Periapical Completo)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)

- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

#### **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)

#### **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

#### **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
- Odonto-Secção
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário
- Tunelização

#### **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

## **CIRURGIA**

- Alveoplastia
- 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 Incruenta 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
- Tratamento 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
- Ulectomia
- Ulotomia

## **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

## **CONTRATO DE PARCERIA PARA ADMINISTRAÇÃO DE PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E BENEFÍCIOS**

**CONTRATADA: SCAX ASSISTÊNCIA EM SAÚDE LTDA**, inscrita no CNPJ sob o n.º 46.162.563/0001-87, situada na Rua Fagundes Varela, n.º 477, Bairro São Bento, Campo

Grande/MS, CEP 79004-200, neste ato representada por sua procuradora, Sra. Josy Lopes Pedroso, brasileira, portadora do RG 32.111.772 SSP/SP, inscrita no CPF 628.115.682-04, residente e domiciliada na Rua George Ohm, n.º 55, apartamento 74, Bairro Cidade Monções, São Paulo/SP, doravante denominada **CONTRATADA**.

### **DO OBJETO E DA VINCULAÇÃO**

**CLÁUSULA 1ª.** Constitui objeto do presente contrato a parceria para Administração do Programa de Assistência e Benefícios, contemplando os produtos de SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS, ASSISTÊNCIA FUNERAL e TELEMEDICINA, de acordo com as especificações, limites e características estabelecidas adiante.

**Parágrafo Primeiro.** Os produtos descritos nesta cláusula são adquiridos e comercializados através de parceria da empresa CONTRATADA junto ao grupo HSTU SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA – ME.

**Parágrafo Segundo.** Os benefícios ora contratados nos moldes estipulados serão disponibilizados exclusivamente aos funcionários da empresa CONTRATANTE, podendo ser estendidos a seus dependentes e demais parentes, sendo estes denominados USUÁRIOS.

### **DO PREÇO**

**CLÁUSULA 2ª.** A CONTRATANTE não pagará nenhum valor adicional pelos produtos do Programa de Assistência e Benefícios, pois o mesmo é uma benesse aos Associados que adquirem o Plano Odontológico também comercializado pela CONTRATADA.

## **DA VIGÊNCIA**

**CLÁUSULA 3ª.** O presente contrato é por prazo determinado, com vigência imediata na assinatura deste, pelo período de 12 (doze) meses, sendo prorrogável automaticamente por igual período desde que não haja manifestação por escrito de nenhuma das partes no sentido contrário.

## **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**CLÁUSULA 4ª.** A CONTRATANTE tem por obrigação encaminhar mensalmente, até o dia 5 de cada mês, a relação de usuários do Programa de Assistência e Benefícios, cabendo a ela fazer as inclusões e exclusões pertinentes desses usuários, sempre que ocorrerem, bem como fornecer todos os dados necessários para o cadastramento dos novos usuários junto a CONTRATADA.

**Parágrafo Único.** A relação deve ser feita em programa de computador EXCEL e deve conter as seguintes informações: nome completo, data de nascimento, idade, RG, CPF, telefone e e-mail.

## **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**CLÁUSULA 5ª.** A CONTRATADA tem por obrigação recepcionar os dados dos usuários da CONTRATANTE e fazer a inclusão no Programa de Benefícios, realizando as movimentações necessárias de adesão e exclusão informadas pela CONTRATANTE.

## **DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS BENEFÍCIOS CONTRATADOS**

**CLÁUSULA 6ª.** Sobre o **Seguro de Acidentes Pessoais (MA/IPA)**, deverão ser observados os seguintes pontos:

**I-** O usuário terá direito à Seguro de Acidentes Pessoais (MA/IPA), caso venha a sofrer um acidente pessoal caracterizado como: coberto pelas condições gerais e pelas coberturas contratadas, expressamente indicadas na apólice e/ou certificado do seguro.

**II-** O valor segurado é de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

**III-** Estão cobertos os acidentes pessoais que se enquadrem no conceito adotado em seguro, que é o acontecimento de causa exclusiva e diretamente externa, súbito em data perfeitamente caracterizada, involuntário e violento, capaz de provocar lesões físicas que por si só e independente de qualquer outra causa, traga como consequência direta a morte, a invalidez parcial ou total do segurado. Para Condições Gerais, deverá ser acessado o endereço eletrônico:

[https://dc07cyrca0ho.cloudfront.net/data/files/62/A2/6E/5E/72FA0810D747B8081B4616A8/CondicoesGerais\\_Acidentes%20Pessoais\\_V2.pdf](https://dc07cyrca0ho.cloudfront.net/data/files/62/A2/6E/5E/72FA0810D747B8081B4616A8/CondicoesGerais_Acidentes%20Pessoais_V2.pdf)

**CLÁUSULA 7ª.** Sobre a **Assistência Funeral**, deverão ser observados os seguintes pontos:

**I-** Em caso de morte do segurado titular, será oferecido pela seguradora através de empresa terceirizada e especializada a prestação do serviço de assistência funeral ao Segurado mediante solicitação à Seguradora ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada. No caso de reembolso o valor da cobertura será limitado a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Para Condições Gerais, deverá ser acessado o endereço eletrônico:

[https://dc07cyrca0ho.cloudfront.net/data/files/62/A2/6E/5E/72FA0810D747B8081B4616A8/CondicoesGerais\\_Acidentes%20Pessoais\\_V2.pdf](https://dc07cyrca0ho.cloudfront.net/data/files/62/A2/6E/5E/72FA0810D747B8081B4616A8/CondicoesGerais_Acidentes%20Pessoais_V2.pdf)

**CLÁUSULA 8ª.** Sobre a **Telemedicina (Médico na Tela)**, deverão ser observados os seguintes pontos:

**I-** Orientação médica exclusiva para um primeiro atendimento, com prescrição médica caso seja necessário, sem a necessidade de sair de casa.

**II-** Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, na comodidade de estar em qualquer local com acesso à internet via tablet, celular ou computador, com a garantia da proteção dos dados.

**III-** A cobertura da telemedicina restringe-se a 06 (seis) utilizações ao ano por usuário.

Para Condições Gerais, deverá ser acessado o endereço eletrônico:  
<https://sulamericavida.docway.com.br>

**CLÁUSULA 9ª.** Sobre a **Carência e Exclusão**, deverão ser observados os seguintes pontos:

- I- As assistências terão carência de 90 (noventa dias) da adesão para estarem disponíveis aos usuários indicados pela CONTRATANTE;
- II- Para as assistências de Seguro de Acidentes Pessoais e Assistência Funeral o usuário tem que ter no máximo 64 anos de idade, e no mínimo 14 anos (regras da Seguradora e da Susep respectivamente);
- III- Para a exclusão de vidas a CONTRATANTE deverá encaminhar mensalmente relação dos usuários que deverão ser excluídos da apólice das assistências.
- IV- A relação de inclusão e exclusão de vidas da apólice das assistências deverá impreterivelmente ser enviada a CONTRATADA até o dia 5 de cada mês, após essa data a movimentação será possível somente no mês subsequente.

## **DA RESCISÃO**

**CLÁUSULA 10ª.** O presente contrato poderá ser rescindido, a qualquer momento, por vontade das partes, desde que comunicado por escrito no prazo mínimo de 30 (trinta) dias.

## **DISPOSIÇÕES GERAIS**

**CLÁUSULA 11ª.** Qualquer tolerância de uma das partes não importará em modificação do presente contrato.

## **FORO DE ELEIÇÃO**

**CLAUSULA 12ª.** As partes elegem por critério de competência o Foro da Comarca de Campo Grande/MS, para dirimir os conflitos de direitos indisponíveis, incidentais e de execução da sentença arbitral, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem justos e acertados, firmam o presente contrato em duas vias de igual forma e teor, na presença de testemunhas abaixo arroladas, para os devidos efeitos de direito previstos no Art. 770 e seguintes do Código Civil Brasileiro.