



**Operadora:** Uniodonto Athenas Paulista  
**CNPJ:** 00.390.564/0001-88  
**No de Registro na ANS:** 34012-0  
**No de Registro do Produto:** Plano Conforto - 481.353/18-7  
**www.uniodontoathenas.coop.br**  
**Central de Atendimento:**  
Jaboticabal - (16) 3203.8500  
Barretos - (17) 3323.4100  
Franca - (16) 3721.4443

#### Guia de Leitura Contratual

<b>CONTRATAÇÃO</b> Define a pessoa a quem o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Proposta de Adesão <b>Página 03</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>Página 04</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>Página 04</b>
<b>COBERTURA 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>Páginas 08, 09, 10, 11, e 12</b>
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</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>Página 12</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>Página 13</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>Página 14</b>
<b>VIGÊNCIA</b> Define o período em que vigorará o contrato.	<b>Página 13</b>
<b>RESCISÃO / SUSPENSÃO</b> A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	<b>Página 17</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 como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização	<b>Página 16</b>

Página:

1

Instrumento de contrato registrado sob no 044157 no Tabelionato de Registro Civil, de Títulos e Documentos de Jaboticabal, SP



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.

#### CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

##### (ART. 31 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)

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.

Não se aplica

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 [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque - ANS 0800 701 9656. Este manual não substitui o contrato.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP 20.021-040  
Rio de Janeiro – RJ

Disque – ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)



**TODOS TÊM UM MOTIVO  
PARA IR AO DENTISTA**

**TODO MUNDO TEM UM MOTIVO  
PARA TER UNIODONTO**

Resp. Técnico: Dr. José Eduardo Bortolin - CRO-SP: 38.337

**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

## PROPOSTA DE ADESÃO

### Qualificação da operadora

**UNIODONTO ATHENAS PAULISTA - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 00.390.564/0001-88 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob no 34.012-0, com sede na Rua Santo André no 340, Bairro Nova Jaboticabal, Jaboticabal, Estado de São Paulo, CEP: 14887-030, neste ato por seu presidente, Dr. José Alves de Souza Neto, e por seu Vice-Presidente de Operações e Mercado, Dr. José Eduardo Bortolin, doravante denominada **UNIODONTO**.

### Qualificação da Contratante

, **Brasileira**, filho(a) de **mãe** e **pai**, nascido(a) em de de , inscrito no CPF/MF nº e portador da cédula de identidade nº , expedido por **SSP**, órgão expedidor **SP**, domiciliado(a) na , nº , bairro , na cidade de 0, - **SP**, doravante denominado(a) **CONTRATANTE**.

### Dados do Representante Legal

Relação com o Contratante: **Pai**

Nome:

CPF:

RG:

Org. Expedidor:

Endereço: , Bairro: , Cidade: - .

### Dados dos Dependentes

Nome:

Parentesco: Filho(a)

Sexo: Masculino

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Data de Nasc.:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor: SSP

Nome:

Parentesco: Filho(a)

Sexo: Masculino

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Data de Nasc.:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor: SSP

Nome:

Parentesco: Cônjuge

Sexo: Masculino

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Data de Nasc.:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor:

Nome:

Parentesco: Cônjuge

Sexo: Masculino

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Data de Nasc.:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor:



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: Cônjuge \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: Cônjuge \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

#### Nome comercial e no de registro do plano na ANS

Nome Comercial: **Plano Conforto**  
Registro de Produto ANS no: **481.353/18-7**

#### Tipo de Contratação

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

#### Segmentação assistencial do plano de saúde

EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO

#### Área geográfica de abrangência do plano de saúde

GRUPO DE MUNICÍPIOS

#### Área de Atuação do plano de saúde

Barretos, Colina, Colômbia, Cristais Paulista, Franca, Guairá, Guaraci, Guariba, Ipuã, Itirapuã, Jaborandi, Jaboticabal, Jeriquara, Miguelópolis, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Pradópolis, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista e Severínia, todos no Estado de São Paulo.

#### Formação do Preço

PRÉ-ESTABELECIDO

#### Serviços e Coberturas Adicionais

Exclusivamente nos casos de urgência/emergência odontológica, o beneficiário poderá receber atendimento fora da área geográfica de abrangência, em todo o território nacional onde haja cirurgião-dentista cooperado a qualquer cooperativa do Sistema Nacional Uniodonto, assegurado o reembolso de despesas a este título nos limites e condições deste contrato (Vide item URGÊNCIA/EMERGÊNCIA).



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

**Preço**

Taxa de Inscrição por beneficiário inscrito	R\$
Mensalidade por beneficiário inscrito	R\$

**Vencimento**

Dia ( ) de cada mês.

**Valor de Emissão de 2ª Via de Cartão de Identificação**

R\$ 20,00

**Valores Máximos de Reembolso de Urgência / Emergência**

Código	Procedimento	Dias úteis das 8:00 às 18:00 horas	Horário Noturno e aos Sábados, Domingos e Feriados
81000049	Consulta odontológica de Urgência	R\$40,00	R\$50,00
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	R\$40,00	R\$50,00
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$40,00	R\$50,00
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$40,00	R\$50,00
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	R\$40,00	R\$50,00
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	R\$40,00	R\$50,00
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	R\$40,00	R\$50,00
82001650	Tratamento de alveolite	R\$40,00	R\$50,00
85100048	Colagem de fragmentos dentários	R\$40,00	R\$50,00
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$40,00	R\$50,00
82001308	Remoção de dreno extra-oral	R\$40,00	R\$50,00
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$40,00	R\$50,00
82001316	Remoção de dreno intra-oral	R\$40,00	R\$50,00
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	R\$40,00	R\$50,00
82001251	Reimplante dentário com contenção	R\$40,00	R\$50,00
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	R\$40,00	R\$50,00
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	R\$40,00	R\$50,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	R\$40,00	R\$50,00
85200034	Pulpectomia	R\$40,00	R\$50,00
85200042	Pulpotomia	R\$40,00	R\$50,00
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$40,00	R\$50,00
85300080	Pericoronarite	R\$40,00	R\$50,00
85100056	Tratamento odontalgia aguda	R\$40,00	R\$50,00
85100013	Capeamento pulpar direto excluindo restauração final	R\$40,00	R\$50,00

Página:

5

Instrumento de contrato registrado sob no 044157 no Tabelionato de Registro Civil, de Títulos e Documentos de Jaboticabal, SP



**TODOS TÊM UM MOTIVO  
PARA IR AO DENTISTA**

**TODO MUNDO TEM UM MOTIVO  
PARA TER UNIODONTO**

Resp. Técnico: Dr. José Eduardo Bortolin - CRO-SP: 38.337

**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

### 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.

O CONTRATANTE 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.

**\*\*A presente proposta de adesão integra o contrato referente ao mesmo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar\*\***

Jaboticabal, de de .

Contratante

### UNIODONTO ATHENAS PAULISTA – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

José Alves de Souza Neto  
Diretor Presidente

Dr. José Eduardo Bortolin  
Diretor Vice-Presidente  
de Operações e Mercado

Página: 5

Instrumento de contrato registrado sob no 044157 no Tabelionato de Registro Civil, de Títulos e Documentos de Jaboticabal, SP



**TODOS TÊM UM MOTIVO  
PARA IR AO DENTISTA**

**TODO MUNDO TEM UM MOTIVO  
PARA TER UNIODONTO**

Resp. Técnico: Dr. José Eduardo Bortolin - CRO-SP: 38.337

**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410



## CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO

Registro de Operadora ANS no 34.012-0  
Registro de Produto ANS no 481.353/18-7

### 1. 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.

### 2. 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 e enteados solteiros até 21 anos incompletos, ou até 24 anos incompletos, desde que cursando graduação em nível superior de ensino;
  - d. o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
  - e. os filhos comprovadamente inválidos, independentemente de idade.
- 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 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.



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

- 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:
- do nascimento, da adoção, da decisão judicial que fixar a guarda ou conceder a tutela;
  - do casamento;
  - 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** 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.
- 2.7** 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 para o cumprimento das obrigações frente ao órgão regulador.

### 3. 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.**

### 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

Página: 8

Instrumento de contrato registrado sob no 044157 no Tabelionato de Registro Civil, de Títulos e Documentos de Jaboticabal, SP



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410



- 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 Puncção 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



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

- 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-Seção
- 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



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

## 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
- Puncção 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



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

- 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.

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

## 4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

**4.1** Não estão cobertos pelo plano:

- as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- 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;
- as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 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;
- consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

- diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- k. procedimentos com finalidade estética.

## 5. 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.

## 6. PERÍODO 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	0
Diagnóstico	180 dias	90
Condicionamento	180 dias	90
Exames	180 dias	90
Radiologia	180 dias	90
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	90
Dentística	180 dias	90
Periodontia	180 dias	90
Endodontia	180 dias	90
Cirurgia	180 dias	90
Prótese	180 dias	90

- 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.

## 7. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

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

## 8. 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

Página: 13

Instrumento de contrato registrado sob no 044157 no Tabelionato de Registro Civil, de Títulos e Documentos de Jaboticabal, SP



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410



odontológica, nos casos exclusivos de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas.

- a. Os procedimentos de urgência/emergência são os previstos no rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.
  - b. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis as despesas odontológicas de urgência/emergência até o limite dos valores previstos na proposta de adesão.
  - c. 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.

## 9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### Cartão de Identificação

- 9.1 9.1. A UNIODONTO 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 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, 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, 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.uniodontoathenas.coop.br>.



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410



#### 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, 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 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.

### 10. 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:
- da inscrição, uma única vez, no momento da contratação ou da inclusão de beneficiários;
  - 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 pelo meio de cobrança adotado pela UNIODONTO.



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

- 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.

## 11. 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.

## 12. FAIXAS ETÁRIAS

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

## 13. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

### Exclusão

- 13.1 O beneficiário dependente será excluído do plano nos casos de:
- perda da condição de dependência definida nas condições de admissão deste contrato
  - infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
  - 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.

Página: 16

Instrumento de contrato registrado sob no 044157 no Tabelionato de Registro Civil, de Títulos e Documentos de Jaboticabal, SP



**TODOS TÊM UM MOTIVO  
PARA IR AO DENTISTA**

**TODO MUNDO TEM UM MOTIVO  
PARA TER UNIODONTO**

Resp. Técnico: Dr. José Eduardo Bortolin - CRO-SP: 38.337

**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

**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 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 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.

## **14. 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 da 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.



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

**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** Ocorrendo a rescisão antes dos 12 (doze) meses iniciais de vigência, o CONTRATANTE se sujeitará ao pagamento 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.

**15. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Das Definições**

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

- i. **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.
- ii. **BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependente.
- iii. **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.
- iv. **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.
- v. **COBERTURA:** é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.
- vi. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- vii. **CONTRATANTE:** é a pessoa física (qualificada na proposta de adesão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica para si e seus dependentes.
- viii. **CONTRATADA:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde, denominada no contrato como UNIODONTO, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus cirurgiões-dentistas cooperados.
- ix. **CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR:** é um contrato de adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

- x. CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.
- xi. COOPERADO: é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho odontológico, existentes no Sistema Nacional UNIODONTO.
- xii. INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.
- xiii. MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à UNIODONTO, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade; contraprestação.
- xiv. PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.
- xv. PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.
- xvi. SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as UNIODONTOS, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.
- xvii. 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 Cartório de Registro de Títulos e Documentos de \*, sob o no \*.
- xviii. 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.



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410



- 15.5** Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.
- 15.6** 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.
- 15.6.1** Considera-se uso indevido do cartão de identificação para efeito deste contrato:
- para obter atendimento, mesmo que na forma UNIODONTO, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato;
  - em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.
- 15.7** É obrigação do CONTRATANTE a atualização de seu cadastro junto à UNIODONTO de forma escrita e comprovada.
- 15.8** 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.
- 15.9** 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.
- 15.10** Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
- 15.11** O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a UNIODONTO a:
- prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde;
  - obter o diagnóstico odontológico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos beneficiários como para fins de informações odontológicas.
- 15.11.1** 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.
- 15.11.2** 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.
- 15.12** 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.



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410



**15.13** 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.

**16. 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.

Jaboticabal, de de 2020

Contratante

**UNIODONTO ATHENAS PAULISTA – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

José Alves de Souza Neto  
Diretor Presidente

Dr. José Eduardo Bortolin  
Diretor Vice-Presidente  
de Operações e Mercado



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

## ANEXO I

**Planos individuais ou familiares:** São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

**Planos de saúde coletivos:** Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

**Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS** e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória.

Veja as particularidades de cada tipo na tabela da próxima página:



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial	Plano Coletivo Empresarial contratado Empresário Individual
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.	Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 195, de Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Pode haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos.
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Rescisão pela operadora:	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário do contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência ao aniversário do contrato. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora.
Reajuste:***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas.***	Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato.***



**JABOTICABAL**  
Rua Santo André, 340  
Nova Jaboticabal  
(16) 3203-8500

**BARRETOS**  
Rua Vinte e Seis, 806  
Centro  
(17) 3323-4100

**FRANCA**  
Rua Padre Anchieta, 1881  
Centro  
(16) 3721-4443

**IPUÃ**  
Rua Getulio Vargas, 1058  
Centro  
(16) 3832-3410