

# uniodonto®

## ESMERALDA W

**SAIBA TUDO O QUE  
O PLANO OFERECE!**

*A maior rede de especialistas  
para cuidar de sua saúde bucal*



*Atendimento de urgência e  
emergência em todo o Brasil*



# ANEXO I

## MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

### Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

### Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

### Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

### Área de atuação

É 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.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

### Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

*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: 20021-040  
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)



**UNIODONTO DO BRASIL - CENTRAL NACIONAL  
DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**

CNPJ: 44.595.858/0001-11

Nº de registro na ANS: 31.431-5

[www.uniodonto.coop.br](http://www.uniodonto.coop.br)

[uniodonto.br@uniodonto.coop.br](mailto:uniodonto.br@uniodonto.coop.br)

Tel.: (11) 5904-4400 | 0800 772 8110

## Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

### Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

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

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

|          | PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES   | PLANOS COLETIVOS  |
|----------|--|---|
| CARÊNCIA | É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos. | Coletivo Empresarial  |
|          |  | Com 30 participantes ou mais  |
|          |  | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.   |
|          |  | Com menos de 30 participantes   |
|          |  | É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.  |
|          |  | Coletivo por Adesão   |
|          |  | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato. |

|  |   |  |
|--|---|--|
| COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)       | Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN ° 162/2007. |  |
|  | Coletivo Empresarial  |  |
|  | Com 30 participantes ou mais  | Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.   |
| MECANISMOS DE REGULAÇÃO                  | Com menos de 30 participantes   | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.   |
|  | Coletivo por Adesão   |  |
|  | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.   |  |
| REAJUSTE                                 | Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.  | Os planos coletivos <b>não</b> precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003. |
| ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO | Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.   |  |
| VIGÊNCIA                                 | A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.   | A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.   |
| REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO        | Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por <b>não</b> pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.  | Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.   |

**Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos**

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

**Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais**

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste

plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.



## GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



### UNIODONTO DO BRASIL - CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS

CNPJ: 44.595.858/0001-11

Nº de registro na ANS: 31.431-5

[www.uniodonto.coop.br](http://www.uniodonto.coop.br)

[uniodonto.br@uniodonto.coop.br](mailto:uniodonto.br@uniodonto.coop.br)

Tel.: (11) 5904-4400 | 0800 772 8110

# Guia de Leitura Contratual

|   |   | <i>Página do Contrato</i> |
|---|---|---------------------------|
| <i>CONTRATAÇÃO</i>                              | Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.   | <b>7</b>                  |
| <i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>                 | 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>7</b>                  |
| <i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>                     | Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.  | <b>Não se aplica</b>      |
| <i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i> | 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>7</b>                  |
| <i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>    | 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>11, 12, 13 e 14</b>    |
| <i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>                  | 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>14 e 15</b>            |
| <i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>     | Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.   | <b>Não se aplica</b>      |

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| <b>CARÊNCIAS</b>  | Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP. | <b>15</b>            |
| <b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>  | São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.  | <b>16 e 17</b>       |
| <b>VIGÊNCIA</b>   | Define o período em que vigorará o contrato.   | <b>15</b>            |
| <b>RESCISÃO/<br/>SUSPENSÃO</b>  | A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.   | <b>19</b>            |
| <b>REAJUSTE</b>   | O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.   | <b>18</b>            |
| <b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b> | A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.          | <b>Não se aplica</b> |

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua 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 GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.**

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de  
Saúde Suplementar

Ministério  
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040  
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)

## PROPOSTA DE ADESÃO

**UNIODONTO DO BRASIL - CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 44.595.858/0001-11 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 31.431-5, com sede na Rua Correia Dias, nº 185, Paraíso, São Paulo, SP, neste ato por seu Presidente Dr. José Alves de Souza Neto, e por seu Diretor Vice-Presidente de Operações e Mercado, Dr. José Clóvis Tomazzoni de Oliveira, **doravante denominada UNIODONTO**.

### QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_,  
filho(a) de \_\_\_\_\_  
e \_\_\_\_\_,  
nascido(a) em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF nº \_\_\_\_\_ e portador(a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_, domiciliado(a) na \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, doravante denominado (a) CONTRATANTE.

### DEPENDENTES

**Nome** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**CPF** \_\_\_\_\_ **Nº Cartão do SUS:** \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**CPF** \_\_\_\_\_ **Nº Cartão do SUS:** \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**CPF** \_\_\_\_\_ **Nº Cartão do SUS:** \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**CPF** \_\_\_\_\_ **Nº Cartão do SUS:** \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**CPF** \_\_\_\_\_ **Nº Cartão do SUS:** \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**CPF** \_\_\_\_\_ **Nº Cartão do SUS:** \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe** \_\_\_\_\_

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

Relação com o contratante: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Tutor ( ) Curador  
Nome \_\_\_\_\_, Nº do CPF \_\_\_\_\_  
Nº identidade \_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

- Se o contratante for menor de 16 anos quem assina o contrato é somente o pai/a mãe/o tutor;
- Se o contratante for menor de 18 e maior de 16 anos, o contrato é assinado pelo pai ou mãe ou tutor e também pelo menor.
- Se o contratante for maior, mas incapaz declarado judicialmente (ex: pessoas com deficiência mental) quem assina o contrato é somente o curador (que pode coincidir com o pai e a mãe).

## NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome Comercial: **Esmeralda W**  
Registro de Produto: **483.309/19-1**

## TIPO DE CONTRATAÇÃO

Individual ou Familiar

## SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Exclusivamente Odontológica

## ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Grupo de Municípios

## ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

• **Distrito Federal:** Brasília

• **Paraná:** Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná.

## 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 (Cláusula URGÊNCIA/EMERGÊNCIA).**

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

### RADIOLOGIA

- Documentação ortodôntica (tipo 1) (telerradiografia com 1 traçado, rx panorâmica, modelos de estudos, 5 fotos, pasta ortodôntica e caixa de modelos)
- Radiografia da ATM
- Telerradiografia
- Telerradiografia com traçado cefalométrico

### ENDODONTIA

- Clareamento de dente desvitalizado

### CIRURGIA

- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica

### ORTODONTIA

- Mantenedor de espaço fixo
- Mantenedor de espaço removível
- Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho metálico fixo (confecção, instalação e manutenção)
- Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho metálico ortopédico (confecção, instalação e manutenção)
- Plano inclinado

## FORMAÇÃO DO PREÇO

Preestabelecida

Contratante

## PREÇO

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Inscrição por beneficiário inscrito   | R\$ |
| Mensalidade por beneficiário inscrito | R\$ |

## VENCIMENTO

( ) Dia 5 (cinco) de cada mês ( ) Dia 10 (dez) de cada mês ( ) Dia 15 (quinze) de cada mês

**\* Para forma de pagamento através de cartão de crédito, será respeitada às datas descritas no contrato de cartão de crédito firmado entre o CONTRATANTE e a administradora do cartão de crédito.**

## VALOR DE EMISSÃO DE 2ª VIA DE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

R\$5,00 (cinco reais)

## VALORES MÁXIMOS DE REEMBOLSO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

| Código   | Procedimento  | Dias úteis<br>das 8:00 às 18:00 horas | Horário noturno e aos<br>sábados, domingos e<br>feriados |
|----------|---|---------------------------------------|--|
| 81000049 | Consulta odontológica de Urgência   | R\$ 25,00                             | R\$ 60,00  |
| 81000057 | Consulta odontológica de Urgência 24 hs   | R\$ 25,00                             | R\$ 60,00  |
| 82000468 | Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial       | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 82000484 | Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial       | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 85000787 | Imobilização dentária em dentes decíduos  | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 85300020 | Imobilização dentária em dentes permanentes   | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 85400467 | Recimentação de trabalhos protéticos  | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 82001650 | Tratamento de alveolite   | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 85100048 | Colagem de fragmentos dentários   | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 82001022 | Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial | R\$ 28,00                             | R\$ 28,00  |
| 82001308 | Remoção de dreno extra-oral   | R\$ 28,00                             | R\$ 28,00  |
| 82001030 | Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial | R\$ 28,00                             | R\$ 28,00  |
| 82001316 | Remoção de dreno intra-oral   | R\$ 28,00                             | R\$ 28,00  |
| 85300063 | Tratamento de abscesso periodontal agudo  | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 82001251 | Reimplante dentário com contenção   | R\$ 28,00                             | R\$ 28,00  |
| 82001499 | Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial   | R\$ 28,00                             | R\$ 28,00  |
| 82001197 | Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)                            | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 82001642 | Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM                     | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 85200034 | Pulpectomia   | R\$ 28,00                             | R\$ 28,00  |
| 85200042 | Pulpotomia  | R\$ 28,00                             | R\$ 28,00  |
| 85200085 | Restauração temporária / tratamento expectante  | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 85300080 | Pericoronarite  | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 85100056 | Tratamento odontalgia aguda   | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |
| 85100013 | Capeamento pulpar direto excluindo restauração final  | R\$ 7,00                              | R\$ 7,00   |

Contratante



### 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.

O CONTRATANTE autoriza a UNIODONTO a realizar comunicações, inclusive a notificação em razão de eventual inadimplência, através dos seguintes meios alternativos:

- correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
- mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (tais como WhatsApp, Telegram, Messenger, etc.);
- ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;
- carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios;
- pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante;
- em área restrita da página institucional da Uniodonto na Internet e/ou por meio de aplicativo da Uniodonto para dispositivos móveis, desde que acessível por meio de login e senha pessoais;
- edital, publicado em jornal de grande circulação do último domicílio conhecido do contratante, na forma das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

**UNIODONTO DO BRASIL - CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**

José Alves de Souza Neto

José Clóvis Tomazzoni de Oliveira

## CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO

Registro de Operadora ANS nº **31.431-5**  
Registro de Produto ANS nº **483.309/19-1**

### I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

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

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

### II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Para efeito deste contrato, o CONTRATANTE é o beneficiário titular.

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

- a) o cônjuge;**
- b) os filhos e enteados solteiros, até 21 anos incompletos, ou até 24 anos incompletos, desde que cursando graduação em nível superior de ensino;**
- c) o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;**
- d) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- e) os filhos comprovadamente inválidos.**

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.

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

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

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

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

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

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

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

### III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A cobertura compreende os procedimentos exclusivamente odontológicos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, **conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), específicos da segmentação odontológica, e suas atualizações.**

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

#### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Colagem de Fragmentos Dentários
- Consulta Odontológica de Urgência
- Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial
- Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial
- Incisão e Drenagem 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
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- 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**

- Alveoloplastia
- Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia Exostose Maxilar
- Cirurgia para Torus Mandibular
- Cirurgia para Torus Palatino



- Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese de Rânula ou Mucocele
- Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- Exérese ou Excisão de Mucocele
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenulotomia Labial
- Frenotomia/ Frenulotomia Lingual
- Frenulectomia Labial
- Frenulectomia Lingual
- Plastia de Ducto Salivar ou Exérese de Cálculo ou de Rânula Salivar
- Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial
- Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Redução Incurta de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Inclusos/Impactados
- Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados
- Remoção de Odontoma
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasal
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusal
- 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

**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 anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados ou credenciados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou credenciados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- j) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- k) procedimentos com finalidade estética;
- l) a reimplantação e a retirada de aparelhos ortodônticos instalados anteriormente à celebração deste contrato ou à inclusão do beneficiário no plano;
- m) a retirada e a reimplantação de aparelhos ortodônticos sem indicação clínica do cirurgião-dentista assistente;
- n) a reposição de peças ortodônticas e a troca de aparelho ortodôntico em decorrência de perda ou quebra, exceto por defeito de fabricação;
- o) mini parafusos, mini placas ou mini implantes;
- p) escaneamento intraoral;
- q) o fornecimento de aparelhos não previstos como cobertos neste contrato, em especial:
  - de ortodontia lingual;
  - aparelhos "transparentes", entre os quais Invisalign® e qualquer aparelho confeccionado em cerâmica, cerâmica pura, cerâmica com policarbonato, fibra de vidro e porcelana;
  - aparelhos com bracket colados na face palatina/lingual; e
  - aparelhos esteticamente vantajosos cuja substituição por outros, com menores benefícios estéticos, não interfira nos resultados clínicos do tratamento.

#### 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.**

| Procedimentos de         | Prazo Máximo Legal | Prazo Contratado |
|--------------------------|--------------------|------------------|
| Urgência/Emergência      | 24 horas           | Isento           |
| Diagnóstico              | 180 dias           | 30 dias          |
| Condicionamento          | 180 dias           | 30 dias          |
| Exames                   | 180 dias           | 30 dias          |
| Radiologia               | 180 dias           | 30 dias          |
| Prevenção em Saúde Bucal | 180 dias           | 30 dias          |
| Dentística               | 180 dias           | 30 dias          |
| Periodontia              | 180 dias           | 30 dias          |
| Endodontia               | 180 dias           | 30 dias          |
| Cirurgia                 | 180 dias           | 30 dias          |
| Prótese                  | 180 dias           | 60 dias          |
| Odontopediatria          | 180 dias           | 30 dias          |
| Ortodontia               | 180 dias           | 30 dias          |

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

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

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

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

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

na hipótese de o pagamento não ser integral:

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

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

## **IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**

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

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

### **DIVULGAÇÃO DA REDE**

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

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

### **ACESSO À COBERTURA**

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

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

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

### **AUDITORIA**

**9.5. A UNIODONTO, 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.

## X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

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

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

10.3. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

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

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

10.4. Os valores contratados serão pagos até seus respectivos vencimentos pelo meio de cobrança adotado pela UNIODONTO.

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

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

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

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

## XI - REAJUSTE

11.1. Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação do **Índice de Preços ao 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) pedido do CONTRATANTE.**

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

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

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

- a) por iniciativa da UNIODONTO, nas hipóteses previstas neste contrato, no último dia do mês 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.**

## **XIV - RESCISÃO**

### **DENÚNCIA**

**14.1. Antes do prazo de 12 (doze) meses de vigência, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20 % (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.**

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

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

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

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

#### **RESCISÃO**

**14.4. Será considerado rescindido este contrato:**

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

**b) ocorrendo fraude comprovada.**

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

**14.4.2. A notificação de que trata esta cláusula pode ser realizada pelos seguintes meios, de forma alternativa:**

**a) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;**

**b) mensagem de texto para telefones celulares (SMS);**

**c) mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (tais como WhatsApp, Telegram, Messenger, etc.);**

**d) ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;**

**carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios;**

**e) pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante;**

**f) em área restrita da página institucional da UNIODONTO na Internet e/ou por meio de aplicativo da UNIODONTO para dispositivos móveis, desde que acessível por meio de login e senha pessoais;**

**g) edital, publicado em jornal de grande circulação do último domicílio conhecido do contratante, na forma das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).**

**14.4.3. 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.**

## **XV - 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.

**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 9º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo, sob o nº 1296092.

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.

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

**15.6. 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:**

- a) para obter atendimento, mesmo que na forma UNIODONTO, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato;**
- b) em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.**

**15.7. 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:**

- a) prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde;**
- b) obter o diagnóstico odontológico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos beneficiários como para fins de informações odontológicas.**

**15.11.1. 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.**

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.

#### **DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS RELATIVAS À PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

15.14. Para fins deste Contrato, os seguintes termos terão os significados definidos abaixo:

- a) "Leis e Regulamentos de Proteção de Dados" significam qualquer lei e regulação, incluindo qualquer decisão publicada por qualquer Autoridade Fiscalizadora competente, aplicável ao Tratamento dos Dados Pessoais que ocorra no contexto do Contrato;
- b) "LGPD" significa Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados, e suas respectivas alterações posteriores);
- c) "Política de Segurança da Informação" significa as Políticas de Segurança da Informação das Partes;
- d) "Data do Término" tem seu significado descrito na cláusula do contrato;
- e) "Serviços" significam os serviços e outras atividades que serão fornecidas ou realizadas pela ou em nome da UNIODONTO para a Contratante, nos termos do Contrato;
- f) "Colaborador(es)" significa qualquer empregado, funcionário, inclusive subcontratados ou terceirizados, representantes ou prepostos, remunerado ou sem remuneração, em regime integral ou parcial, que atue em nome das Partes e que tenha acesso a Dados Pessoais.
- g) "Autoridades Fiscalizadoras" significa qualquer autoridade, inclusive judicial, competente para fiscalizar, julgar e aplicar a legislação pertinente, incluindo, mas não se limitando, à ANPD.
- h) "ANPD" significa a Autoridade Nacional de Proteção de Dados no Brasil, conforme definido na LGPD.



15.14.1. A execução do Contrato formalizado entre as partes pressupõe o compartilhamento mútuo de Dados Pessoais, de modo que, comprometem-se, reciprocamente, em relação às atividades de Tratamento de Dados Pessoais realizadas no contexto do Contrato, a:

- a) Atuar em conformidade com a legislação vigente sobre proteção de dados relativos à pessoa física identificada ou identificável, de acordo com as determinações dos órgãos reguladores/fiscalizadores da matéria, com destaque para a Lei 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados" - LGPD).
- b) Proteger a confidencialidade de dados pessoais, dados pessoais sensíveis e/ou anonimizados que lhe são confiados por seus titulares, implementando as medidas técnicas, administrativas e organizacionais necessárias a atender aos requisitos de segurança, aos padrões de boas práticas e de governança, além dos princípios gerais e bases legais previstas na LGPD e nas demais normas regulamentares, considerando o estado da técnica disponível.
- c) Cada uma das partes compromete-se a adotar as medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, inclusive no seu armazenamento e transmissão, realizando, regularmente, testes, avaliações e verificações de efetividade das medidas técnicas, administrativas e organizacionais implementadas.

15.14.2. Além do compromisso assumido no item 15.14.1., a UNIODONTO se responsabiliza ainda por:

- a) Tratar apenas os Dados Pessoais necessários para execução do Contrato e tão somente para a finalidade de execução do Contrato, exceto nos casos em que o Tratamento seja necessário para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias a que se sujeitem as partes e as situações previstas na cláusula II.
- b) Comunicar a Contratante caso tenha acesso, no contexto do Contrato, a Dados Pessoais que considere como excessivos ou não necessários à execução do Contrato, devendo inutilizar tais Dados Pessoais.
- c) Assegurar que todos aqueles que tenham acesso aos dados pessoais ou dados pessoais sensíveis (incluindo seus contratados, sócios, prepostos, dentre outros) tenham sido cuidadosamente recrutados e instruídos, inclusive quanto às questões relacionadas à confidencialidade, sigilo, proteção e segurança de dados, tendo recebido treinamento adequado quanto à matéria e manterão relatórios sobre esse controle.

15.14.3. A UNIODONTO fica autorizada a compartilhar os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis a que tem acesso com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para a execução do contrato, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela LGPD.

15.14.4. Fica, ainda, autorizada a UNIODONTO a tratar dados pessoais com a finalidade de divulgação de material institucional, oferecimento de novos serviços, bem como benefícios de parceiros comerciais.

15.15. As Partes deverão cooperar mutuamente, no limite de suas atividades, com o cumprimento das obrigações relacionadas ao exercício dos direitos dos Titulares dos Dados Pessoais, de acordo com as Leis e Regulamentos de Proteção de Dados, em vista da coleta dos seguintes Dados advindo do Titular:

- a) Dados cadastrais e de contato relacionados aos beneficiários e aos seus dependentes, incluindo, mas não se limitando a: nome, endereço, CPF, RG, profissão, telefone, e-mail, estado civil, filiação, data de nascimento, grau de parentesco e sexo;
- b) Informações de atendimentos incluindo consultas, relatórios odontológicos, exames de diagnósticos, prescrições, e demais informações odontológicas relacionadas à execução do contrato;
- c) Dados de utilização do serviço como locais de atendimento, procedimentos realizados e orçados, valores de procedimentos e exames.

15.15.1. A UNIODONTO compromete-se a adotar as medidas necessárias para assegurar a exatidão, a integridade, a confidencialidade, e a anonimização, bem como garantir o respeito aos direitos de seus titulares, inclusive o de solicitar acesso, correção, esclarecimento e eliminação de dados pessoais e sensíveis armazenados em banco de dados e sistemas digitais.

15.16. As partes deverão indenizar, defender e isentar a outra parte e/ou suas filiais contra toda e qualquer responsabilidade, perda, reivindicação, dano, multa, penalidade, despesa (incluindo, sem limitação, multas, indenização por danos, custos dos esforços de reparação e honorários advocatícios e custos decorrentes de ou relacionados a qualquer ação, reivindicação ou alegação de terceiros - incluindo, sem limitação, qualquer autoridade reguladora ou governamental) que decorrer do não cumprimento das condições ora pactuadas e/ou não cumprimento das Leis e Regulamentos de Proteção de Dados.

15.16.1. Caso a Autoridade Nacional de Proteção de Dados impute sanções para as partes relacionadas a este Contrato, e for constatada culpa, dolo ou outro elemento de responsabilidade de uma das partes, a parte que tiver dado causa à sanção deverá arcar com a penalidade financeira - quando for o caso - e/ou indenizar a outra parte, inclusive pelos danos reputacionais experimentados, além de quaisquer custos e despesas experimentados pela parte prejudicada ao longo do processo administrativo.

15.16.2. Caso seja identificada, na execução do contrato, a ocorrência de um Incidente de Segurança que possa causar dano relevante ao Titular, a CONTRATANTE será notificada por escrito no menor prazo possível, com a descrição do ocorrido, data, causa, possíveis impactos aos Titulares de Dados Pessoais e ações de mitigação adotadas para que a CONTRATANTE possa cumprir com eventuais exigências impostas pelas Leis e Regulamentos de Proteção de Dados.

15.16.3. A UNIODONTO notificará a CONTRATANTE em caso de recebimento de solicitação da Autoridade Fiscalizadora, bem como do titular dos dados, quando relacionada a qualquer atividade de Tratamento realizada no contexto do Contrato, respondendo a solicitação dentro do prazo determinado.

15.16.4. Este instrumento não gera responsabilidade solidária entre as partes, por quaisquer penalidades relacionadas às atividades de Tratamento realizadas no contexto do Contrato, devendo cada parte ser responsabilizada individualmente no limite de suas atividades.

15.16.5. Este instrumento prevalecerá em caso de conflito entre suas disposições ou qualquer outro documento firmado entre as partes, especificamente em relação às atividades de Tratamento de Dados Pessoais, exceto nos casos em que documento superveniente seja firmado entre as partes, declarando expressamente a subsidiariedade deste instrumento.

15.16.6. Este instrumento poderá ser alterado pela vontade das partes ou caso sobrevenha nova lei, regulação ou direcionamentos por parte da ANPD - Autoridade Nacional de Proteção de Dados ou qualquer Autoridade Fiscalizadora que demandem a alteração de suas disposições. As novas disposições deverão ser acordadas pelas partes de boa-fé e sempre por escrito como termo aditivo.

15.16.7. Caso qualquer disposição relacionada à tratamento de dados seja considerada nula, inválida ou inexecutável, as disposições remanescentes permanecerão válidas e em vigor. A disposição nula, inválida ou inexecutável deve ser alterada para garantir a sua validade e eficácia, preservando as intenções das partes.

15.16.8. As normas relacionadas à proteção de dados ora pactuadas sobreviverão ao término do Contrato e continuarão obrigando as partes com relação às atividades de Tratamento de Dados Pessoais originadas pelo Contrato que continuem ocorrendo, ainda que apenas para fins de cumprimento de obrigação legal ou regulatória.

**XVI - ELEIÇÃO DE FORO**

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

**UNIODONTO DO BRASIL - CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**


José Alves de Souza Neto

José Clóvis Tomazzoni de Oliveira

uniodonto® 

## **PLANO ESMERALDA W**

 **(11) 5904.4400 | 0800 772 8110**

 Rua Correia Dias, nº 185 | Paraíso | São Paulo

 [uniodonto.br@uniodonto.coop.br](mailto:uniodonto.br@uniodonto.coop.br)

**[www.uniodonto.coop.br](http://www.uniodonto.coop.br)**