

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO

NOME COMERCIAL DO PLANO: FLEX FAMÍLIA GOLD - Registrado na ANS sob nº.466.482/12-5

CONTRATAÇÃO: Individual ou Familiar

SEGMENTAÇÃO: Odontológico

ÁREA GEOGRÁFICA: Municipal

ÁREA DE ATUAÇÃO: Uberaba - MG

FORMAÇÃO DO PREÇO: Misto

OPERADORA: UNIODONTO UBERABA - COOPERATIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA. CNPJ: 17.333.055/0001-16, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob. Nº. 37056-8, classificação Cooperativa Odontológica, com sede na Rua Cel. Manoel Borges, 618, Bairro Mercês, CEP 38.060-340, Uberaba - MG.

CONTRATANTE: _____

CPF: _____ **IDENTIDADE:** _____

ENDEREÇO: _____ **Nº:** _____

COMPLEMENTO: _____ **CEP:** _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **CNS:** _____

FILIAÇÃO (nome da mãe): _____

E-MAIL: _____ **CEL./WHATSAPP:** _____

BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES:

1 – NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **GRAU DE PARENTESCO:** _____

CPF: _____ **CNS:** _____

FILIAÇÃO (nome da mãe): _____

E-MAIL: _____ **CEL./WHATSAPP:** _____

2 – NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **GRAU DE PARENTESCO:** _____

CPF: _____ **CNS:** _____

FILIAÇÃO (nome da mãe): _____

E-MAIL: _____ **CEL./WHATSAPP:** _____

3 – NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

CPF: _____ CNS: _____

FILIAÇÃO (nome da mãe): _____

E-MAIL: _____ CEL./WHATSAPP: _____

4 – NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

CPF: _____ CNS: _____

FILIAÇÃO (nome da mãe): _____

E-MAIL: _____ CEL./WHATSAPP: _____

5 – NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

CPF: _____ CNS: _____

FILIAÇÃO (nome da mãe): _____

E-MAIL: _____ CEL./WHATSAPP: _____

VALOR DA INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO: R\$ _____.

VALOR DA MENSALIDADE (parcela do preço em pré-pagamento) para procedimentos do anexo 01:

1- POR FAMÍLIA: R\$ _____.

2- POR BENEFICIÁRIO: R\$ _____.

VALOR PARA PROCEDIMENTOS EM PÓS PAGAMENTO – ANEXO 02

Pagamento das faturas: todo dia _____ de cada mês.

Dados do contratante para recebimentos de notificação:

Endereço para recebimento de cartas: _____

E- mail: _____

Fone para ligação telefônica, recebimento de SMS e WhatsApp: _____

Uberaba-MG, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE: _____

**OPERADORA: UNIODONTO UBERABA COOPERATIVA DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA**

TESTEMUNHAS: _____

CLÁUSULA PRIMEIRA: ATRIBUTOS DO CONTRATO

Este instrumento particular tem por objetivo regular a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, inciso. I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;
- e) _____

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

CLÁUSULA TERCEIRA: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O plano oferece obrigatoriamente a cobertura de todos os eventos definidos no Rol de Procedimentos do Plano Odontológico editado pela ANS vigente à época do evento, também definidos e listados nos anexos 01 e 02, deste contrato, que por ter forma mista de pagamento, será pago mensalmente pela contratante em pré-pagamento para utilização dos procedimentos do anexo 01, e para os procedimentos do anexo 02, em pós pagamento, somente quando utilizados.

A cobertura odontológica compreende os procedimentos 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 assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo contrato.

A cobertura assistencial inclui todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, devendo obrigatoriamente ser submetidas a regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas, no mínimo, aos seguintes procedimentos, conforme definido no artigo 2º da RN 59/2003:

- a) consulta inicial;
- b) curativo em caso de hemorragia bucal/labial;
- c) curativo em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia/ necrose;
- d) imobilização dentária temporária;
- e) recimentação de peça protética;
- f) tratamento de alveolite;
- g) colagem de fragmentos;
- h) incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- i) incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- j) reimplante de dente avulsionado;
- k) orientação de higiene bucal;
- l) evidenciação de placa bacteriana;
- m) aplicação tópica de flúor.

A operadora garante o atendimento integral das coberturas no município que o beneficiário demandar, após o cumprimento de carência, se houver, em até 7 dias para consultas e demais procedimentos realizados em consultórios e clínicas, exceto urgência e emergência que será de imediato.

Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

- I - Prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou
- II - Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos de atendimento.

Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:

I - Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - Prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II acima, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados para atendimento, ficando desobrigada do transporte no caso da existência dos prestadores.

Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem. Neste caso não há a necessidade de autorização prévia.

CLÁUSULA QUARTA: EXCLUSÕES DE COBERTURA

Não estão cobertos pelo plano os seguintes eventos e todos os demais não previstos no rol de procedimentos da ANS:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar na especialidade 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, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
- h) os serviços não abrangidos pelo Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do atendimento;
- i) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

- j) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- l) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
- m) renovação de restaurações para fins exclusivamente estéticos; e
- n) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos.

CLÁUSULA QUINTA: DURAÇÃO DO CONTRATO

Este contrato será por prazo indeterminado, com vigência mínima inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

Após o prazo inicial de um ano, a renovação automática do contrato será por prazo indeterminado e ficando vedada a cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

CLÁUSULA SEXTA: PERÍODOS DE CARÊNCIA

Deverão ser observados os seguintes prazos de carências:

Procedimentos Carências

Urgências ou Emergências Odontológicas 24 horas

Diagnóstico 30 dias

Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia 90 dias

Periodontia, Endodontia 90 dias

Demais Casos 180 dias

O pagamento antecipado de contraprestações, não elimina ou reduz os prazos de carências.

Para os casos de urgência e emergência, o prazo de carência não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) horas.

As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA SÉTIMA: DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Lesão preexistente é aquela que o beneficiário sabe existir no momento da contratação do plano. Neste contrato não há cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravio no caso de Lesão Preexistente.

CLÁUSULA OITAVA: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Está garantida a cobertura para atendimento de urgência e emergência, abaixo classificados, por parte da CONTRATADA:

I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.

II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.

III - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.

IV - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.

V - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.

VI - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.

VII - Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.

VIII - Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.

IX - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

Nos procedimentos de urgência e emergência é garantido o reembolso ao beneficiário quando não for possível a utilização do serviço próprio ou contratualizado dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, em valor não inferior ao praticado pela operadora junto à sua rede prestadora. O reembolso será realizado em até trinta dias da apresentação do recibo de pagamento e da documentação odontológica. O prazo de prescrição para apresentação dos documentos é de um ano.

CLÁUSULA NONA: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

PROCEDIMENTOS

Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o Manual do Beneficiário vigente, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede CONTRATADA que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta, cujo prazo máximo para iniciar o atendimento não poderá ser superior a sete dias.

O cirurgião-dentista emitirá orçamento dos atos odontológicos que deverão ser realizados, para que seja aprovado pela CONTRATADA, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não cooperados.

A CONTRATADA 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.

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

A CONTRATADA, quando da apresentação do orçamento 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 qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da CONTRATADA e por um terceiro escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a CONTRATADA, cuja remuneração ficará a cargo da desta, bem como do odontólogo do beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

No ato da contratação é entregue ao beneficiário o GUIA ODONTOLÓGICO editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços.

O beneficiário poderá ter acesso as atualizações do guia odontológico na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou na internet.

CLÁUSULA DÉCIMA: FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Este contrato é regido pelo regime misto de pagamento, ou seja, o valor da contraprestação terá uma parcela estabelecida previamente, no sistema pré-estabelecido, para cobertura de todos os procedimentos previstos no anexo 01 deste contrato, incluindo : a) consulta inicial; b) curativo em caso de hemorragia bucal/labial; c) curativo em caso odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; d) imobilização dentária temporária; e) recimentação de peça protética; f) tratamento de alveolite; g) colagem de fragmentos; h) incisão e drenagem de abscesso extra oral; i) incisão e drenagem de abscesso intra oral; j) reimplante de dente avulsionado; k) orientação de higiene bucal; i) evidenciação de placa bacteriana e m) aplicação tópica de flúor, e outra parcela pelo regime de pós-pagamento, na forma de custo operacional, que será estabelecida após a utilização dos demais serviços previstos no anexo 02 deste contrato, com sua respectiva tabela de valores inserida no mesmo.

Os valores previstos para a contraprestação fixa (regime pré-estabelecido) foram definidos com base nos preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência média de utilização desses serviços e o prazo contratual. O cálculo dos valores pós-estabelecidos obedecerá aos preços previstos na tabela referencial constante deste instrumento contratual.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa física titular contratante.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade e serviços prestados, de acordo com a tabela, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

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

Os Valores serão cobrados pela CONTRATADA com base no número de beneficiários cadastrados, mensalmente, e de acordo com utilização dos serviços. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, correção monetária, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: REAJUSTE

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços dos procedimentos em pós pagamento, parte integrante deste contrato, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do INPC/FGV. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de _____ meses em relação a data-base de aniversário, considerada está o mês de assinatura do Contrato. As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato em aditamento pré-consentido, aqui estabelecido e enviado aos titulares do contrato.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de XX% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1$$

Sm

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

4. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.
5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.
7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FAIXAS ETÁRIAS

Neste plano não há variação de valores e reajustes em função da faixa etária.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. O beneficiário dependente será excluído do plano odontológico nos casos de:
 - a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
 - b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
 - c) a pedido do beneficiário titular.
2. A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.
 - 2.1. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: RESCISÃO

Durante o período de vigência deste contrato o mesmo não poderá ser rescindido unilateralmente, salvo nas seguintes hipóteses: (Art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998)

- a) a pedido do CONTRATANTE;
- b) fraude comprovada;
- c) não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência. A notificação poderá ser realizada através dos seguintes meios, além de outros que comprovem o seu recebimento pelo contratante:

I - Correio eletrônico (**e-mail**) com certificado digital e com confirmação de leitura;

II - Mensagem de texto para telefones celulares (SMS);

III - Mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;

IV - Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;

V - Carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou

VI - Preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

D) Para a notificação por inadimplência serão usados os dados cadastrais fornecidos pelo contratante informadas no banco de dados da operadora. O contratante declara que foi informado da necessidade de manter as suas informações cadastrais atualizadas, e que, serão consideradas válidas todas as notificações realizadas nas formas previstas acima, ainda que realizadas com base em informações cadastrais não atualizadas.

Parágrafo único: Na hipótese do CONTRATANTE solicitar a rescisão contratual nos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrada pela CONTRATADA uma multa correspondente a 20% (vinte por cento) do somatório das mensalidades vencidas ao final dos primeiros 12 (doze) meses, a título de perdas e danos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: ELEIÇÃO DE FORO

Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente contrato, fica eleito o Foro da CONTRATANTE, renunciando-se qualquer outro por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), os quais foram recebidos pela contratante, pelo que assim declara.

Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ _____, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Os usuários 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.

E, por estarem assim, certas e ajustadas, as partes assinam a Proposta de Adesão, seus Anexos e toda as vias deste contrato.

Uberaba-MG, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE: _____

**OPERADORA: UNIODONTO UBERABA - COOPERATIVA DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA.**

TESTEMUNHAS: _____

ANEXO 01

Atos sob o regime de preço pré-pagamento:

Diagnóstico: consulta inicial, exame histopatológico; B) **Urgência/Emergência:** I – curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial, II - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose, III - imobilização dentária temporária, IV - recimentação de trabalho protético, V - tratamento de alveolite, VI - colagem de fragmentos, VII - incisão e drenagem de abscesso extra-oral, VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral, IX - reimplante de dente avulsionado; C) **Radiologia:** I - radiografia periapical, II - radiografia bite-wing, III - radiografia oclusal, IV- Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) - somente para fins cirúrgicos; D) **Prevenção em Saúde Bucal:** I - atividade educativa, II - evidenciação de placa bacteriana, III - profilaxia - polimento coronário, IV – fluoroterapia, V - aplicação de selante; E) **Dentística:** I - aplicação de carióstático, II - adequação do meio bucal, III - restauração de 1 (uma) face, IV - restauração de 2 (duas) faces, V - restauração de 3 (três) faces, VI - restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta, VII - restauração de ângulo, VIII - restauração a pino, IX - restauração de superfície radicular, X - núcleo de preenchimento, XI - ajuste oclusal; F) **Periodontia:** I - raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal, II - imobilização dentária temporária ou permanente, III - gengivectomia/gengivoplastia, IV - aumento de coroa clínica, V - cunha distal, VI - cirurgia periodontal a retalho, VII - sepultamento radicular; G) **Endodontia:** I - capeamento pulpar direto - excluindo restauração final, II – pulpotomia, III - remoção de núcleo intra-radicular/corpo estranho, IV - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto, V - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos, VI - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos, VII - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais, VIII - tratamento endodôntico em dentes decíduos, IX - tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta, X - tratamento de perfuração radicular; H) **Cirurgia:** I – alveoloplastia, II - apicectomia unirradicular, III - apicectomia birradicular, IV - apicectomia trirradicular, V - apicectomia unirradicular com obturação retrógrada, VI - apicectomia birradicular com obturação retrógrada, VII - apicectomia trirradicular com obturação retrógrada, VIII – biópsia, IX - cirurgia de tórus unilateral, X - cirurgia de tórus bilateral, XI - correção de bridas musculares, XII - excisão de mucocelo, XIII - excisão de rânula, XIV - exodontia a retalho, XV - exodontia de raiz residual, XVI - exodontia simples, XVII - exodontia de dente decíduo, XVIII - redução cruenta (fratura alvéolo dentária), XIX - redução incruenta (fratura alvéolo dentária), XX - frenectomia labial, XXI - frenectomia lingual, XXII - remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados), XXIII – sulcoplastia, XXIV – ulectomia, XXV – ulotomia, XXVI - hemisseção com ou sem amputação radicular , XXVII- exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila, XXVIII- punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buço - maxilo – facial, XXIX-redução de luxação de atm, XXX-tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais, XXXI- tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseo-cartilaginosos na mandíbula/maxila, XXXII-tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila, XXXIII-tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução; I) **Odontopediatria:** I-Condicionamento em odontologia, II-

reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato; J) **Testes e exames de laboratórios:** I - teste de fluxo salivar.

Uberaba-MG, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE: _____

**OPERADORA: UNIODONTO UBERABA - COOPERATIVA DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA.**

TESTEMUNHAS: _____

ANEXO 02

Atos sob o regime de pós – pagamento, com os respectivos valores:

Radiologia

Radiografia Pósterio-Anterior, Radiografia da Atm, Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia), Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia) com Traçado Cefalométrico, Telerradiografia com Traçado Cefalométrico, Telerradiografia, Radiografia da Mão e Punho – Carpal, Modelos Ortodônticos, Slide, Fotografia, Tomografia Computadorizada Por Feixe Cônico – Cone Beam – Maxila (Hemi Arcada), Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico – Cone Beam – Mandibula (Hemi Arcada), Documentação Ortodontica Basica,

Odontopediatria

Mantenedor de Espaço Fixo, Mantenedor de Espaço Removível, Plano Inclinado

Dentística

Clareamento Dentário Caseiro, Placa de Acetato para Clareamento Caseiro - por arcada

Endodontia

Retratamento Endodôntico Unirradicular, Retratamento Endodôntico Birradicular, Retratamento Endodôntico Multirradicular, Clareamento de Dente Desvitalizado

Periodontia

Raspagem Supra-Gengival, Órtese Miorrelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora), Órtese Reposicionadora (Placa Oclusal Reposicionadora) – Rígida, Enxerto Pediculado, Enxerto Gengival Livre, Enxerto Conjuntivo Subepitelial, Amputação Radicular com Obturação Retrógrada, Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada, Acompanhamento de Tratamento/Procedimento Cirúrgico em Odontologia

Prótese

Planejamento em Prótese +Mod. de Estudo (Par), Ajuste Oclusal Por Desgaste Seletivo, Ajuste Oclusal por Acréscimo, Restauração Metálica Fundida, Restauração Em Cerômero – *Inlay*, Restauração Em Cerômero – *Onlay*, Núcleo Metálico Fundido, Núcleo De Preenchimento, Pino Pré Fabricado, Coroa Provisória Sem Pino, Coroa Total Metal Cerâmica, Coroa Total Em Cerômero, Coroa Total Metal Plástica – Cerômero, Coroa Total Metal Plástica - Resina Acrílica, Coroa Total Metálica, Prótese Parcial Fixa em Metal Cerâmica, Prótese Parcial Fixa em Metal Plástica, Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Cerâmica, Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Plástica, Prótese Parcial Removível Provisória em Acrílico com ou sem Grampos, Prótese Parcial Removível com Grampos Bilateral, Reembasamento de Prótese Total ou Parcial - Imediato (Em Consultório), Reembasamento de Prótese Total ou Parcial - Mediato (Em Laboratório), Prótese Total, Prótese Total Incolor, Prótese Total Imediata, Conserto em Prótese Parcial Removível (Em Consultório e em Laboratório), Conserto em Prótese Parcial Removível (Exclusivamente em Consultório), Conserto em Prótese Total (Em Consultório e em Laboratório), Conserto em Prótese Total (Exclusivamente em Consultório), Jig, Ponto de Solda, Casquete de Moldagem

Cirurgia

Tracionamento Cirúrgico com Finalidade Ortodôntica, Curetagem Apical

Ortodontia

Aparelho Extra -Bucal, Barra Transpalatina Fixa, Barra Transpalatina Removível, Arco Lingual, Botão de Nance, Placa Labial Ativa, Disjuntor Palatino – Hirax (ou Hass), Disjuntor Palatino – Mcnamara (ou Howe), Quadrihélice, Grade Palatina Fixa, Grade Palatina Móvel (Removível), Placa de Hawley, Placa de Hawley – Com Torno Expansor, Placa de Mordida Ortodôntica, Placa de Schwartz, Placa de Verticalização de Caninos, Aparelho Removível com Alças Bionator, Invetida ou de Escheler, Placa de Distalização de Molares, Mentoneira, Bionator de Balters

Modelador Elástico de Bimler, Monobloco, Pistas Diretas de Planas – Superior e Inferior, Pistas Indiretas de Planas, Regulador de Função de Frankel, Aleta Gomes, Klammt, Blocos Geminados de Clark-Twinblok, Placa Dupla de Sanders, Placa Encapsulada de Maurício, Simões Network, Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico – 1 Por Arcada, Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico Parcial – 1 Por Arcada, Manutenção de Aparelho Ortodôntico – Aparelho Ortopédico – Controle Mensal, Manutenção de Aparelho Ortodôntico – Aparelho Removível – Controle Mensal, Manutenção de Aparelho Ortodôntico – Aparelho Fixo – Controle Mensal, Obtenção de Modelos Gnatostáticos de Planas, Distalizador Distal Jet, Distalizador com Mola Nitinol, Distalizador de Hilgers, Distalizador Pêndulo/Pendex, Distalizador Tipo Jones Jig, Contenção Fixa – Por Arcada, Máscara Facial - Delaire e Tração Reversa, Aparelho de Protração Mandibular – Apm, Herbst Encapsulado, Aparelho de Thurow, Distalizador com Mola Nitinol, Gianelly, Plano Anterior Fixo, Splinter, Aparelho Protetor Bucal, Análise do Caso (Incluída A Consulta) Apenas um por Tratamento, Reforma de Aparelho (Por Arcada), Recolagem de Brackets ou Recimentação de Banda Alça, ou Banda Ortodôntica, por Sessão, Remoção de Aparelho Ortodôntico Fixo, Banda Alça, Colagem de Botão (ou Recolagem), Tratamento com Sistema Autoligável (Bráquete Metálico), Reposição de Peça do Sistema Autoligado (Cada Peça)

Implantodontia

Implante Ortodôntico, Implante Osseo Integrado He Ehi Nacional, Implante Osseo Integrado Cm Nacional, Intermediário Protético, Coroa Total Metalo Cerameica Em Implante, Coroa Total Metalo Plástica Sobre Implante, Guia Cirúrgico Para Implante - Por Arcada, Prótese Parcial Fixa Implanto Suportada, Remoção De Implante Não Osseointegrado, Reabertura- Instalação De Cicatrizador

Tratamento Das Disfunções Têmporo – Mandibulares

Avaliação Diagnóstica, Retorno Semanal (Durante 90 Dias Por Avaliação Clínica - Por Sessão)

Uberaba-MG, ____ de ____ de ____.

CONTRATANTE: _____

**OPERADORA: UNIODONTO UBERABA - COOPERATIVA DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA.**

TESTEMUNHAS: _____

CLÁUSULA ADICIONAL AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICA DA UNIODONTO UBERABA PARA PROTEÇÃO DE DADOS DO BENEFICIÁRIO DO PLANO PESSOA FÍSICA/IND/FAMILIAR.

Esta cláusula tem por objetivo regular o tratamento de dados pessoais pela UNIODONTO UBERABA - COOPERATIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA., no âmbito da contratação do seu plano de saúde odontológica.

A UNIODONTO UBERABA está comprometida a seguir a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018, "LGPD") e a respeitar todos os seus direitos com relação aos dados pessoais que você nos fornece ou que recebemos sobre você de outra forma.

Tratamentos: para o cumprimento do contrato de plano de saúde ofertado e contratado a Uniodonto precisa, necessariamente, realizar o tratamento de seus Dados Pessoais e de seus dependentes cadastrados no plano de saúde. As operações realizadas estão acobertadas na legislação pertinente e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sendo que grande parte do tratamento de seus dados estão relacionados **(I)** ao cumprimento de obrigações legais ou regulatórias pela Uniodonto; **(II)** à execução de contratos ou procedimentos relacionados com ao beneficiário do plano de saúde; **(III)** no consentimento do beneficiário para o tratamento do dado, quando o caso; e **(IV)** no legítimo interesse da Uniodonto no tratamento dos dados para finalidades diversas, como para ofertar e precificar produtos de planos de saúde, analisar e mitigar seu risco de negócio e analisar os sinistros.

Para o cumprimento do contrato é necessário que Uniodonto compartilhe os dados dos beneficiários do plano de saúde com outras entidades e/ou pessoas, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, o Sistema Único de Saúde – SUS, outras operadoras de planos de saúde, clínicas, laboratórios, cirurgias dentistas, médicos e seguradoras, entre outros.

A Uniodonto integra um sistema de operadoras que opera no ramo de planos de saúde, de modo que pode ser necessário realizar o compartilhamento de algumas informações com as operadoras do sistema para que elas cumpram também suas obrigações legais e/ou regulatórias no país.

A UNIODONTO UBERABA - COOPERATIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA., CNPJ 17.333.055/0001-16 com endereço na rua Cel. Manoel Borges, 618, bairro das Mercês, CEP 38060-340 que atua como Controladora dos dados pessoais do beneficiário para todos os fins da LGPD, pode ser contatada através do seguinte canal:

E-mail: dpo@uniodontouberaba.com.br

A UNIODONTO se responsabiliza pelo tratamento dos dados nos termos dos Artigos 42 e seguintes da LGPD, sendo responsável pela reparação de danos patrimoniais, morais, individual ou coletivo a que der causa se comprovada a violação à LGPD.

Nos termos do Artigo 18 da LGPD, o titular de dados pessoais tem direito de obter do controlador, a qualquer momento, as informações abaixo indicadas. **Esses direitos poderão ser exercidos a qualquer tempo, de maneira gratuita, através de solicitação ao e-mail:**

➤ Confirmação da existência de tratamento de dados pessoais;

- Acesso aos dados pessoais;
- Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na LGPD;
- Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados ("ANPD");
- Eliminação dos dados pessoais tratados com seu consentimento do titular, exceto nas hipóteses do artigo 16 da LGPD.
- Informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;
- Informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa, quando o caso;
- Revogação do consentimento, quando o caso.

Para mais informações, acesse a Política de Privacidade da UNIODONTO UBERABA disponível no site <http://www.uniodontouberaba.com.br>

A Uniodonto declara que dá cumprimento integral às disposições legais vigentes.

O contratante/beneficiário declara que foi devidamente orientado a respeito desta cláusula adicional de proteção de dados e por assim ser dá o seu consentimento para o tratamento dos seus dados e de seus dependentes cadastrados no plano de saúde, como exposto nesta cláusula.

CONTRATANTE / titular dos dados

UNIODONTO UBERABA - COOPERATIVA DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA.