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 enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 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 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.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

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
ouvidoria@ans.gov.br

uniodonto® Piracicaba

Operadora: UNIODONTO PIRACICABA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 52.204.526/0001-97
Nº de Registro na ANS: 34600-4
Site: https://www.uniodontopiracicaba.com.br
Tel.: (19) 3401-1770

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

<table>
<tr><th></th><th>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</th><th colspan="2">PLANOS COLETIVOS</th></tr>
<tr><td>CARÊNCIA</td><td rowspan="6">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.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">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.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</td><td>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 Agravo, 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 º 162/2007.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.</td></tr>
<tr><td>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</td><td colspan="3">É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</td></tr>
<tr><td>REAJUSTE</td><td>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.</td><td colspan="2">Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual.Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.
O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.
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.</td></tr>
<tr><td>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</td><td colspan="3">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.</td></tr>
<tr><td>VIGÊNCIA</td><td>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</td><td colspan="2">A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</td></tr>
<tr><td>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</td><td>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</td><td colspan="2">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.</td></tr>
</table>

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.

uniodonto® Piracicaba

Operadora: UNIODONTO PIRACICABA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 52.204.526/0001-97
Nº de registro na ANS: 34.600-4
Nº de registro do produto: numero_registro_plano_ans
Site: https://www.uniodontopiracicaba.com.br
Tel.: (19) 3401-1770

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	**2**
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	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.	**2**
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	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.	**2**
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	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.	**6 - 10**
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	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.	**10 - 11**
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	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.	**13**

CARÊNCIAS	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.	**12 - 13**
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	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.	**14 - 15**
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	**12**
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	**18 - 19**
REAJUSTE	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.	**16 - 17**
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à 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.	

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 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.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

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
ouvidoria@ans.gov.br

INSTRUMENTO DE ESTIPULAÇÃO EM FAVOR DE TERCEIRO

ESTIPULANTE: ___***NOME***___, __Nacionalidade__, filho(a) de __NomeMae__ e __NomePai__, nascido(a) em __DiaNascimento__ de __MesNascimento__ de __AnoNascimento__, inscrito(a) no CPF/MF nº __CPF__ e portador(a) da cédula de identidade nº __RG__ expedido por __OrgaoExpedidor__, domiciliado(a) na __Logradouro__, , __Bairro__, __Cidade__, __UF__, que figura no contrato de plano de saúde como **CONTRATANTE.**

BENEFICIÁRIO(S): __*Nome*__

CONTRATO n° __Contrato__ Registro de Produto ANS nº 476.298/16-3

Pelo presente instrumento, o ESTIPULANTE contrata o plano de saúde odontológico acima mencionado, nos termos das condições contratuais firmadas nesta data, em benefício <u>exclusivo</u> do(s) beneficiário(s) acima citado(s).

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

O ESTIPULANTE neste ato <u>renuncia ao direito de substituir</u> o(s) beneficiário(s) no decorrer da vigência do contrato estipulado.

Piracicaba, _data_assinatura_.

ESTIPULANTE:_____

BENEFICIÁRIO:_____ (em se tratando de menor de 16 anos ou incapaz quem deve assinar é o pai/mãe/tutor/curador – Se maior de 16 e menor de 18 anos, deve haver a assinatura do menor e do pai/mãe)

UNIODONTO PIRACICABA – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

EM BRANCO

PROPOSTA DE ADESÃO

Qualificação da operadora

UNIODONTO PIRACICABA - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 52.204.526/0001-97 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 34.600-4, com sede na Rua Alferes José Caetano nº 1.352, Centro, Piracicaba, SP, neste ato por seu Presidente, Dr. Cláudio Roberto Zambello, e por seu Diretor de Operações, Dr. Ben-Hur Zambello, 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**

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: **Ortoplus**
Registro de Produto ANS nº: **476.298/16-3**

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

Águas de S. Pedro, Cerquilho, Charqueada, Jumirim, Laranjal Paulista, Piracicaba, Rio das Pedras, Saltinho, São Pedro, Tatuí e Tietê, todos no Estado de São Paulo.

Formação do Preço

Regime Misto de Pagamento

Serviços e Coberturas Adicionais

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NACIONAL

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

COBERTURA ADICIONAL ORTODONTICA

Além dos procedimentos <u>cobertos em pré-pagamento</u> previstos na Cláusula COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, são adicionalmente cobertos em pelo plano:

<u>Ortodontia</u>

- **Análise de caso**
- **Consultas e Manutenções ortodônticas**
- **Instalação de aparelhos ortodônticos metálicos fixos parciais**
- **Placa de Contenção final**
- **Remoção de aparelhos ortodônticos metálicos**

Radiologia

- **Documentação Ortodôntica Simplificada (1 radiografia panorâmica, 1 Telerradiografia com 1 traçado, 5 fotos e 1 modelo de trabalho)**

COBERTURAS EM PÓS-PAGAMENTO

Além dos tratamentos previstos no rol de procedimentos (Cláusula COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS), estão cobertos em regime de pós-pagamento (mediante pagamento integral pelo beneficiário) os procedimentos adicionais constantes na tabela (Anexo I).

Preço

Inscrição por beneficiário inscrito	**R$ 0,00**
Mensalidade por beneficiário inscrito	**R$ 146,50**
Cobertura em pós-pagamento	**Anexo I**

Vencimento

Dia __(_____) de cada mês.

Valor de Emissão de 2ª Via de Cartão de Identificação

R$____,___

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.**

- **que foi oferecido um plano com cobertura mínima contemplando todo o rol de procedimentos odontológicos definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**

sob o regime de pré-pagamento, mas que por conveniência resolveu optar por este de regime misto de pagamento.

- **que recebeu neste ato a segunda via desta proposta, do instrumento contratual, dos materiais informativos indicando a forma de utilização do plano e a rede prestadora e demais anexos citados no contrato.**

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

Piracicaba, _data_assinatura_.

CONTRATANTE:

UNIODONTO PIRACICABA - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO

Registro de Operadora ANS nº **34.600-4**

Registro de Produto ANS nº **476.298/16-3**

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, para garantir a execução dos atos odontológicos definidos neste 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).

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

a) o cônjuge;

b) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

c) os filhos e enteados solteiros até 21 anos incompletos, ou até 24 anos incompletos, desde que cursando graduação em nível superior de ensino

e) o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o tutelado;

f) os filhos e enteados 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. A inclusão deverá conter todos os dados dos beneficiários exigidos pela norma em vigor para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cabendo ao CONTRATANTE atualizá-los e complementá-los sempre que solicitado pela UNIODONTO para o cumprimento das obrigações frente ao órgão regulador.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

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

3.2. Estão cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento), os seguintes atos odontológicos:

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

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- 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

3.2.1. **Os procedimentos cobertos em pré-pagamento se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.**

3.3. Os procedimentos odontológicos abaixo serão cobertos **pelo regime de pós-pagamento**, podendo ser utilizada a rede de cirurgiões-dentistas **mediante o pagamento integral de cada ato utilizado**, diretamente à UNIODONTO**, nos valores descritos na tabela de procedimentos (anexo I):**

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
- 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 Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Inclusos/Impactados
- Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados
- Remoção de Odontoma
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasal
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusal

- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia
- Ulotomia

PRÓTESE

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

3.4. As atualizações do rol de procedimentos integrarão a cobertura pós-paga a que se refere a cláusula anterior, sendo acrescentadas ao anexo I deste instrumento.

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.

4.2. Não estão expressamente cobertos pela cobertura pré-estabelecida de Ortodontia, além dos procedimentos não constantes no item Coberturas e Procedimentos Adicionais (Vide Proposta de Adesão):

a) a retirada e a reimplantação de aparelhos ortodônticos sem indicação clínica do cirurgião-dentista assistente;

b) a reposição de peças ortodônticas e a troca de aparelho ortodôntico em decorrência de perda ou quebra, exceto por defeito de fabricação;

c) o fornecimento de aparelhos não previstos como cobertos, em especial:

- **placa de Hawley;**
- **placa oclusão resiliente;**
- **placa oclusão estabilizadora (órtese miorrelaxante);**
- **aparelhos de ortodontia lingual;**
- **aparelhos autoligados;**
- **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.

6.2. Para os procedimentos cobertos em pré-pagamento, os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal	**Prazo Contratado**
Urgência/Emergência	24 horas	24 horas
Diagnóstico	180 dias	24 horas
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	24 horas
Ortodontia	180 dias	24 horas

6.3. Para os atos cobertos em pós-pagamento não haverá cumprimento de prazos de carência.

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

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.1.2. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis as despesas odontológicas de urgência/emergência **até o limite dos valores** previstos na Tabela de Procedimentos (Anexo I).

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 referente ao plano contratado, com descrição de suas características, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a UNIODONTO adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

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

Divulgação da Rede

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

9.2.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço http//www.uniodontopiracicaba.com.br

Acesso à cobertura

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

9.4. 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. Este contrato é regido pelo regime misto de pagamento, ou seja, parte dos procedimentos estará coberta por valor fixo (mensalidade) e o restante dos procedimentos pelo regime de pós-pagamento, de acordo com a utilização, mediante o pagamento do procedimento respectivo.

10.2. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIODONTO:

a) a inscrição, no valor previsto na proposta de adesão;

b) a mensalidade, no valor previsto na proposta de adesão;

c) os procedimentos realizados em razão da cobertura pós-estabelecida, nos valores constantes na Tabela de Procedimentos (anexo I).

10.2.1. A cobrança dos procedimentos em pós-pagamento poderá ser autorizada tanto pelo CONTRATANTE como por seus dependentes inscritos.

10.2.2. 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;

c) dos valores previstos na Tabela de Procedimentos (anexo I), relativos aos procedimentos cobertos em pós-pagamento, no ato da aprovação dos tratamentos.

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

Reajuste da Mensalidade

11.1. O valor da mensalidade será reajustado anualmente pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), 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, o valor da mensalidade também será revisado 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.

Reajuste da Tabela de Procedimentos

11.3. A Tabela de Procedimentos relativa a cobertura pós-estabelecida, integrante deste contrato, será reajustada no mês de SETEMBRO de cada ano, de acordo com a variação de custo dos procedimentos e materiais.

11.3.1. Os preços da tabela dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento poderão, ainda, ser reajustados pelos mesmos índices de correção previstos para o reajustamento da contraprestação pré-estabelecida.

11.3.2. As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, e serão enviadas ao CONTRATANTE.

Disposições Comuns

11.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores da mensalidade e da Tabela de Procedimentos serão alterados na data de reajustamento prevista no presente contrato, entendendo-se 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 da UNIODONTO exigir a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

b) ocorrendo fraude comprovada.

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

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

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

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

Disposições Comuns

14.7. Ocorrendo qualquer das hipóteses de extinção do contrato (denuncia 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 2º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Piracicaba - SP, sob o nº 00071830.

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, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

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

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

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.

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.

Piracicaba, _data_assinatura_.

CONTRATANTE:

UNIODONTO PIRACICABA - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

ANEXO I

TABELA DE PROCEDIMENTOS

Produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob n° **476.298/16-3.**

1) VALORES MÁXIMOS DE REEMBOLSO PARA PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (cláusula 8.1.2.)

Código	Procedimento	Dias úteis das 8:00 às 18:00 horas	Horário Noturno e aos Sábados, Domingos e Feriados
81000049	Consulta odontológica de Urgência	R$ 112,62	R$ 112,62
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	R$ 112,62	R$ 112,62
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R$ 112,62	R$ 112,62
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R$ 112,62	R$ 112,62
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	R$ 112,62	R$ 112,62
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	R$ 112,62	R$ 112,62
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	R$ 112,62	R$ 112,62
82001650	Tratamento de alveolite	R$ 112,62	R$ 112,62
85100048	Colagem de fragmentos dentários	R$ 112,62	R$ 112,62
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R$ 112,62	R$ 112,62
82001308	Remoção de dreno extra-oral	R$ 112,62	R$ 112,62
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R$ 112,62	R$ 112,62
82001316	Remoção de dreno intra-oral	R$ 112,62	R$ 112,62
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	R$ 112,62	R$ 112,62
82001251	Reimplante dentário com contenção	R$ 112,62	R$ 112,62
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	R$ 112,62	R$ 112,62
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	R$ 112,62	R$ 112,62
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	R$ 112,62	R$ 112,62
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	R$ 112,62	R$ 112,62
85300080	Pericoronarite	R$ 112,62	R$ 112,62
85100056	Tratamento odontalgia aguda	R$ 112,62	R$ 112,62
85100013	Capeamento pulpar direto excluindo restauração final	R$ 112,62	R$ 112,62

2) VALORES DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS EM PÓS-PAGAMENTO (cláusula 10.2, "c")

CÓDIGO ANTIGO	CÓDIGO TUSS	NOMENCLATURA TUSS	VALOR
		1 - CIRURGIA	
01.01	82.000.034	Alveoloplastia	R$ 214,39
01.02	82.000.069	Amputação radicular sem obturação Retrógrada (*)	R$ 394,55
01.03	82.000.050	Amputação radicular com obturação Retrógrada (*)	R$ 462,11
01.04	82.000.190	Aprofundamento / aumento sulco vestibulo	R$ 320,69
01.05	82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região Buco Maxilo Facial	R$ 320,69
01.07	82.000.743	Exerese de lipoma na região Buco Maxilo Facial (*)	R$ 427,89
01.08	83.000.089	Exodontia simples de decíduo (2/3 de raiz) (*)	R$ 54,05
01.08C	83.000.089	Exodontia simples de decíduo (2/3 de raiz) (*)	R$ 54,05
01.09	82.000.875	Exodontia simples de permanente	R$ 90,08
01.10	82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados (*)	R$ 563,01
01.11	82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados (*)	R$ 394,55
01.12	82.000.859	Exodontia de raiz residual	R$ 90,08
01.13	82.000.883	Frenulectomia labial	R$ 214,39
01.13.A	82.000.891	Frenulectomia lingual	R$ 214,39
01.14	82.001.715	Ulotomia	R$ 56,74
01.16	82.001.707	Ulectomia	R$ 107,19
01.17	82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles região Buco Maxilo Facial	R$ 214,39
01.18	82.001.413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região Buco Maxilo Facial	R$ 372,03
01.26	82.000.255	Biopsia de Lábio	R$ 214,39
01.26.A	82.000.239	Biopsia de Boca	R$ 214,39
01.26.B	82.000.263	Biopsia de Lingua	R$ 214,39
01.26.C	88.000.133	Biopsia de Glândula Salivar	R$ 214,39
01.26.D	82.000.271	Biopsia de Mandibula	R$ 214,39
01.26.E	82.000.280	Biopsia de Maxila	R$ 214,39
01.27	82.001.154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	R$ 158,54
01.29	82.001.170	Redução cruenta de fratura alveolo dentária	R$ 279,26
01.30	82.001.189	Redução incruenta de fratura alveolo dentária	R$ 145,94
01.34	82.000.298	Bridectomia	R$ 214,39
50.65	82.001.103	Punção aspirativa na região Buco Maxilo Facial	R$ 163,05
51.90	82.001.634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução	R$ 339,61

52.30	82.001.510	Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasais	R$ 339,61
		2 - DENTÍSTICA RESTAURADORA	
02.01	85.100.099	Restauração (amálgama) 1 face	R$ 76,57
02.02	85.100.102	Restauração (amálgama) 2 faces	R$ 153,13
02.03	85.100.110	Restauração (amálgama) 3 faces	R$ 229,70
02.03A	85.100.129	Restauração (amálgama) 4 faces	R$ 306,27
02.01A	85.100.196	Restauração (resina foto) 1 face	R$ 76,57
02.02A	85.100.200	Restauração (resina foto) 2 faces	R$ 153,13
02.03B	85.100.218	Restauração (resina foto) 3 faces	R$ 229,70
02.03C	85.100.226	Restauração (resina foto) 4 faces	R$ 306,27
02.04	00.000.204	Reconstrução Foto (3 ou mais faces) com ângulo	R$ 157,65
02.05	85.100.137	Restauração com Ionômero de vidro (1 face)	R$ 76,57
02.05A	85.100.145	Restauração com Ionômero de vidro (2 faces)	R$ 76,57
02.05B	85.100.153	Restauração com Ionômero de vidro (3 faces)	R$ 76,57
02.05C	85.100.161	Restauração com Ionômero de vidro (4 faces)	R$ 76,57
02.07	85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	R$ 197,27
		3 - ENDODONTIA	
03.02	85.200.069	Remoção material obturador intracanal p/ retratamento endodôntico (*)	R$ 84,68
03.03	85.200.077	Remoção nucleo intrarradicular (*)	R$ 112,61
03.03A	85.400.505	Remoção de trabalho protético (*)	R$ 112,61
03.04	85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular (*)	R$ 270,24
03.04A	85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular (*)	R$ 354,92
03.05	85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular (*)	R$ 382,85
03.05A	85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular (*)	R$ 552,20
03.06	85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular (*)	R$ 635,96
03.06A	85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular (*)	R$ 889,99
03.07	85.200.042	Pulpotomia (*)	R$ 157,65
03.11	83.000.151	Tratamento endodôntico dente deciduo (*)	R$ 315,28
03.15	85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta (*)	R$ 112,61
03.16	85.200.026	Preparo para nucleo intrarradicular (Pós Pagamento)	R$ 112,61
03.26	8.520.012.301	Tratamento de Perfuração Endodontica MTA	R$ 211,68
		4 - ODONTOPEDIATRIA / PREVENÇÃO	
402	83.000.020	Coroa acetato em dente deciduo	R$ 180,16
04.02	83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo (*)	R$ 180,16
04.04	84.000.074	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras	R$ 67,56
04.06	81.000.014	Condicionamento em Odontologia	R$ 76,57
770	87.000.032	Condicionamento em Odontologia p/ Pacientes Especiais	R$ 41,43
04.07	84.000.201	Remineralização dentária	R$ 67,56

04.08	84.000.031	Aplicação cariostático	R$ 45,04
02.14	00.000.214	Adequação ao Meio Bucal (Acima de 05 Dentes - Auditoria Obrigatória)	R$ 360,33
		6 - PERIODONTIA	
06.06	85.300.047	Raspagem supra gengival (POR SEGMENTO)	R$ 13,51
06.12	82.000.662	Enxerto gengival livre	R$ 382,85
06.14	85.300.039	Raspagem sub gengival / alisamento radicular até 4mm (P/ ELEMENTO)	R$ 17,12
06.15	8.530.003.901	Raspagem sub gengival / alisamento radicular de 5mm a 7mm (P/ ELEMENTO)	R$ 51,34
06.18	00.000.618	Manutenção periodontal (controle trimestral)	R$ 157,65
06.24	82.000.212	Aumento coroa clinica (*)	R$ 360,33
03.09	85.200.034	Pulpectomia	R$ 112,61
		7 - PRÓTESE DENTAL	
41.60	85.400.149	Coroa total metálica (*)	R$ 480,12
07.05	85.400.084	Coroa provisoria sem pino (*)	R$ 202,68
40.90	85.400.076	Coroa provisoria com pino (*)	R$ 202,68
07.08	8.540.022.001	Nucleo metalico fundido (*)	R$ 227,00
41.45	85.400.114	Coroa total em cerômero (*)	R$ 950,34
40.40	85.400.556	Restauração metalica fundida (*)	R$ 478,34
		8 - RADIOLOGIA	
80.41	81.000.375	Radiografia interproximal - bite wing (*)	R$ 36,03
08.05	81.000.383	Radiografia oclusal	R$ 109,00
08.06	81.000.405	Radiografia panoramica de mandibula/maxila (ortopantomografia)	R$ 92,78
262	8.100.040.501	Radiografia panoramica de mandibula/maxila (ortopantomografia)	R$ 92,78
80.81	81.000.421	Radiografia periapical (*)	R$ 36,03
08.14	81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico) (*)	R$ 364,83