

PROPOSTA DE ADESÃO

1. OPERADORA

OPERADORA Uniodonto de Campo Grande Sistema Nacional de Cooperativas Odontológicas	CNPJ 03.511.888/0001-15	REGISTRO ANS 34.718-3
--	-----------------------------------	---------------------------------

2. DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO				CPF	
RG	ORGÃO EXPEDITOR	DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ESTADO CIVIL
Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		NÚMERO DE CONTATO TELEFÔNICO		E-MAIL	
NOME DA MÃE COMPLETO					
ENDEREÇO RESIDENCIAL			Nº	CEP	
COMPLEMENTO				BAIRRO	

3. DADOS DO (A) PLANO

NOME COMERCIAL Plano Referencial - Individual/Familiar	Nº DE REGISTRO DO PRODUTO ANS 400.058/99-7	SEGMENTAÇÃO Exclusivamente Odontológica
MODALIDADE Individual/Familiar	ÁREA DE ABRANGÊNCIA Grupo de Municípios	FORMAÇÃO DE PREÇO Pré-estabelecido Pós-estabelecido

4. DADOS DO(A) DEPENDENTE

NOME COMPLETO				CPF	
RG	ORGÃO EXPEDITOR	DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ESTADO CIVIL
Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		NÚMERO DE CONTATO TELEFÔNICO		E-MAIL	
GRAU DE PARENTESCO		NOME DA MÃE COMPLETO (sem abreviações)			

5.DADOS DO(A)DEPENDENTE

NOME COMPLETO				CPF	
RG	ORGÃO EXPEDITOR	DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ESTADO CIVIL
Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		NÚMERO DE CONTATO TELEFÔNICO	E-MAIL		
GRAU DE PARENTESCO		NOME DA MÃE COMPLETO (sem abreviações)			

6.DADOS DO(A)DEPENDENTE

NOME COMPLETO				CPF	
RG	ORGÃO EXPEDITOR	DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ESTADO CIVIL
Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		NÚMERO DE CONTATO TELEFÔNICO	E-MAIL		
GRAU DE PARENTESCO		NOME DA MÃE COMPLETO (sem abreviações)			

7.DADOS DO(A)DEPENDENTE

NOME COMPLETO				CPF	
RG	ORGÃO EXPEDITOR	DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ESTADO CIVIL
Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		NÚMERO DE CONTATO TELEFÔNICO	E-MAIL		
GRAU DE PARENTESCO		NOME DA MÃE COMPLETO (sem abreviações)			

8. DADOS DO PAGAMENTO

MENSALIDADE POR PESSOA R\$ 69,90	QTDE. DE BENEFICIÁRIOS 1	MENSALIDADE TOTAL R\$ 69,90	
FORMAS DE PAGAMENTO			VENCIMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/> Boleto Cartão de Débito Cartão de Crédito Pix			5 10 15 20 <input checked="" type="checkbox"/> 25 30

9. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL/RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Relação com o contratante: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> 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 carência cognitiva) quem assina o contrato é somente o curador (que poderá coincidir com o pai e a mãe).

MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO

- Águas Clara
- Alcinópolis
- Anastácio
- Aparecida do Taboado
- Aquidauana
- Bandeirantes
- Bela Vista
- Bodoquena
- Bonito
- Brasilândia
- Camapuã
- Campo Grande
- Caracol
- Cassilândia
- Chapadão do Sul
- Corguinho

- Corumbá
- Costa Rica
- Coxim
- Dois Irmãos do Buriti
- Guia Lopes da Laguna
- Inocência
- Jaraguari
- Jardim
- Ladário
- Miranda
- Nioaque
- Paranaíba
- Paranhos
- Pedro Gomes
- Porto Murtinho
- Ribas do Rio Pardo
- Rio Negro
- Rio Verde de Mato Grosso
- Rochedo
- Santa Rita do Pardo
- São Gabriel do Oeste
- Sonora
- Terenos
- Três Lagoas

DECLARAÇÕES DO CONTRATANTE

O CONTRATANTE declara ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, o que lhe permitiu a leitura integral das cláusulas, compreendendo-as integralmente.

O CONTRATANTE autoriza, desde já, a captação e tratamento de seus dados, especialmente os biométricos, ocasião em que estes dados poderão ser compartilhados com terceiros, também quando necessária à sua identificação e confirmação de identidade, uma vez que a utilização de biometria poderá constituir a sua assinatura eletrônica junto à Uniodonto e parceiros. Em se tratando de beneficiário menor de idade, o consentimento se dará através de seu responsável ou representante legal.

O CONTRATANTE declara, ainda, que recebeu neste ato a segunda via desta proposta, do instrumento contratual, dos materiais informativos indicando a forma de utilização do plano e da rede credenciada.

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

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

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

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

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

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

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

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

2.3. A inclusão do CONTRATANTE e dos respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão que integra este contrato para todos os fins de direito, ou, ainda, por formulário próprio se a inclusão for posterior a celebração do presente contrato.

2.3.1. O pedido de inclusão de dependentes pelo CONTRATANTE constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados na cláusula anterior, podendo a UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL solicitar documento hábil que permita a comprovação.

2.3.2. A prova da convivência será feita mediante a apresentação de “Termo de Convivência” devidamente firmado pelos conviventes.

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

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

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

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

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

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

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

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

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

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Não estão cobertos pelo plano:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) quaisquer serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, excetuando apenas os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos cobertos passíveis de serem executados em consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; estão excluídas da cobertura as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de anestesiistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados ou credenciados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou credenciados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- j) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- k) procedimentos com finalidade estética;
- l) Os procedimentos, mesmo aqueles que não previstos nesta cláusula, quando não forem garantidos pela legislação que rege os planos de saúde, e de cobertura exclusivamente odontológica.

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de **12 (doze) meses**, com início na data de sua assinatura ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

5.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial.

5.2.1. Não haverá cobrança de qualquer taxa ou outro valor adicional em decorrência da renovação automática, mantendo-se somente as obrigações do CONTRATANTE assumidas no momento da contratação e seus eventuais reajustamentos.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Os beneficiários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência.

6.1.1. O início da contagem do período de carência se dará na data de início de vigência do presente contrato para o beneficiário incluído no momento da contratação, ou se posteriormente, na data de sua efetiva inclusão no plano.

6.2. Os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal	Prazo Contratado
Urgência/Emergência	24 horas	24 horas
Diagnóstico	180 dias	30 dias
Condicionamento	180 dias	30 dias
Exames	180 dias	30 dias
Radiologia	180 dias	30 dias
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	30 dias
Dentística	180 dias	30 dias
Periodontia	180 dias	30 dias
Endodontia	180 dias	90 dias
Cirurgia	180 dias	90 dias
Prótese	180 dias	180 dias

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

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cartão de Identificação

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

9.2. O acesso ao documento de identificação do plano odontológico será através do aplicativo UNIODONTO MS BENEFICIÁRIO, disponível nas **plataformas ANDROID e IOS**.

9.3. O cartão será disponibilizado na modalidade digital, exceto para os casos em que o beneficiário exigir o cartão impresso.

Divulgação da Rede

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

9.5. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço <https://uniodontoms.com.br/>.

Acesso à cobertura

9.6. 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.

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

9.8. A consulta ou procedimento agendados previamente poderão ser desmarcados com até 24h (vinte e quatro horas) de antecedência do agendamento. O não comparecimento à consulta/exame previamente agendado implicará na cobrança de taxa no valor R\$ 30,00 (trinta reais), que será cobrada diretamente do beneficiário, por falta consulta ou procedimento.

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

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

Auditoria

10.1. A UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL, quando da apresentação da proposta de tratamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

10.2. Na aplicação da auditoria odontológica presencial, a UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

Divergência Odontológica

10.3. Havendo divergência entre a solicitação do profissional assistente e a auditoria, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL.

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

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

11.3. 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.

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

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

11.6. 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.

11.7. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL, ou através do site <https://uniodontoms.com.br>, para que não se sujeite às consequências da mora.

11.8. 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.

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

XI - REAJUSTE

12.1. O presente contrato será reajustado anualmente, no mês de aniversário, pela variação do **IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo**. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 01 mês em relação a data-base de aniversário, considerada está o mês de assinatura do Contrato.

12.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

12.3. Caso a legislação permita, os valores contratados também serão revisados anualmente levando-se em conta a elevação de preços observados para cada componente do custo assistencial, compreendendo os materiais, a inclusão de procedimentos obrigatórios cobertos e o preço e respectivos reajustes aos prestadores de serviços.

12.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão reajuste integral na data de reajustamento do presente contrato, entendendo-se o aniversário como data base única.

XII - FAIXAS ETÁRIAS

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

XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**Exclusão**

13.1. O beneficiário dependente será excluído do plano nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições de admissão deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) solicitação direta do beneficiário titular
- d) inadimplência.

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

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

13.3. A efetivação da exclusão se opera:

- a) por iniciativa da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL, nas hipóteses previstas neste contrato, no último dia do mês seguinte ao do recebimento da notificação pelo CONTRATANTE;
- b) por pedido do CONTRATANTE, na data da solicitação.

13.3.1. Enquanto não efetivada a exclusão do beneficiário mantém-se a obrigação do pagamento das mensalidades respectivas, bem como todos os direitos garantidos pelo presente contrato.

13.3.2. Cessa a responsabilidade da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL pelos atendimentos a partir da efetivação da exclusão.

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

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

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

XIV - RESCISÃO

Denúncia

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

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

14.3. O encerramento do contrato pela denúncia do CONTRATANTE ocorrerá na data de sua solicitação à UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL.

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

14.3.2. Cessa a responsabilidade da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL pelos atendimentos a partir do encerramento do CONTRATO.

Rescisão

14.4. Será considerado rescindido este contrato:

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

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

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

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

Disposições Comuns

14.6. Ocorrendo qualquer das hipóteses de extinção do contrato (denúncia ou rescisão), no prazo previsto entre a data da notificação/comunicação e do término da relação, não haverá inclusão ou exclusão imotivada de beneficiários.

XV – DO CONSENTIMENTO COM O TRATAMENTO DE DADOS

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

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

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

XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

16. Considera-se fraude para efeito deste contrato:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários na utilização do objeto deste instrumento;
- b) utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- c) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL ou do resultado de perícias, exames ou auditorias, quando necessários;
- d) descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

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

16.2. Em caso de perda ou extravio do cartão de identificação, a CONTRATADA deve ser notificada por escrito para proceder ao cancelamento. Alternativamente, os beneficiários podem utilizar o aplicativo **UNIODONTO MS BENEFICIÁRIO**, disponível nas plataformas **ANDROID e IOS**, para acessar a carteirinha digital.

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

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

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

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

16.8. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

16.9. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a cooperativa Uniodonto qualificada na proposta de adesão, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIODONTO.

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

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

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

16.11.1. Ficam desde já autorizadas que as informações de que trata o item “b” desta cláusula serão prestadas pelos cirurgiões-dentistas cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados.

16.11.2. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo odontológico, e a UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL fica responsável em tomar todas as precauções necessárias para manter o sigilo técnico sobre o fluxo de informações obtidas em decorrência das atividades descritas no objeto deste instrumento, obedecendo ao que determina o Código de Ética Odontológica.

16.12. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Cartão de Identificação, a Tabela Referencial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e demais anexos firmados pelas partes.

16.13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

CLÁUSULA XVII – DO SIGILO, PROTEÇÃO E CONFIDENCIALIDADE DE DADOS

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

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

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

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

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

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

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

17.8. A Contratante autoriza a captação e tratamento de seus dados, especialmente os biométricos, ocasião em que estes dados poderão ser compartilhados com terceiros, também quando necessária a sua identificação e confirmação de identidade, uma vez que a utilização de biometria poderá constituir a sua assinatura eletrônica junto à Uniodonto e parceiros. Em se tratando de beneficiário menor de idade, o consentimento se dará através de seu responsável ou representante legal.

XVIII - ELEIÇÃO DE FORO

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

Campo Grande/MS, ____ de _____ de 2025.

Contratante

UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL

Fernando Jaime Cavalli
Presidente

UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL

Danilo Rodrigues Breda
Tesoureiro

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

ANEXO I

COBERTURAS ODONTOLÓGICAS GARANTIDAS

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Colagem de Fragmentos Dentários
- Consulta Odontológica de Urgência
- Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial
- Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Incisão e Drenagem Extra-Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Incisão e Drenagem Intra -Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária em Dentes Decíduos
- Imobilização Dentária em Dentes Permanentes
- Pulpotomia
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Remoção de Dreno Extra-Oral
- Remoção de Dreno Intra-Oral
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

DIAGNÓSTICO

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

CONDICIONAMENTO

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

EXAMES

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

RADIOLOGIA

- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico/Periapical Completo)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Flúor
- Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Atividade Educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Profilaxia: Polimento Coronário
- Remineralização Dentária
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)

DENTÍSTICA

- Adequação do Meio Bucal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

- Ajuste Oclusal por acréscimo
- Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada
- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Dessensibilização Dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Odonto-Secção
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário
- Tunelização

ENDODONTIA

- Pulpotomia em Dente Decíduo
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta

- Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo
- Tratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- 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