**PROPOSTA DE ADESÃO**

**AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO**

**Odonto Smart Individual - PLANO 508.189/26-1**

**CONTRATADA: UNIODONTO DE CAMPO GRANDE – SISTEMA NACIONAL DE COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS,** inscrita no CNPJ sob N°03.511.888-0001/15 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob N° 34718-3, com sede na Rua Antônio Maria Coelho, N° 1463, Centro, Campo Grande/MS, neste ato representada por seu Presidente, Dr. Fernando Jaime Cavalli, CPF: 061.920.409-58 e RG: 94128110 SSP/PR e seu Vice-presidente Dr. Danilo Rodrigues Breda, CPF: 002.502.131-17 e RG: 001610757 SSP/MS, conforme disposições do Estatuto Social, doravante denominada **UNIODONTO MS.**

**CONTRATANTE**:

**TITULAR**

| | |
|---|---|
| Nome: | |
| Nome Social: | |
| Nacionalidade | |
| Nome do Pai: | |
| Nome da mãe: | |
| Data de Nasc.: / / | CNS: |
| N° do CPF: | |
| N° identidade/ DNV: | Órgão expedidor: |
| Endereço: | |
| N° | Bairro: |
| CEP: | Cidade /UF: |
| Complemento: | |
| Estado civil: | Telefone: |
| E-mail: | |

**DEPENDENTES**

| | |
|---|---|
| Vínculo com o titular: | |
| Nome: | |
| Nome Social: | |
| N° do CPF: | |
| N° identidade/ DNV: | Órgão expedidor: |
| Data de Nasc.: / / | CNS: |
| Nome da mãe: | |

| | |
|---|---|
| Vínculo com o titular: | |
| Nome: | |
| Nome Social: | |
| N° do CPF: | |
| N° identidade/ DNV: | Órgão expedidor: |

| | |
|---|---|
| Data de Nasc.: / / | CNS: |
| Nome da mãe: | |

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL/RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

| | |
|---|---|
| Relação com o contratante: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Tutor ( ) Curador ( ) Cônjuge | |
| Nome: | |
| Data de Nasc.: / / | |
| N° do CPF: | |
| N° identidade/ DNV: | Órgão expedidor: |
| Endereço: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: |

***Observações:***

- *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 pelo menor.*
- *Se o **CONTRATANTE** for maior, mas incapaz declarado judicialmente (ex: pessoas com deficiência) quem assina o contrato é somente o curador (que pode coincidir com o pai e a mãe).*

**1. Características gerais do plano contratado:**

| | | |
|---|---|---|
| Nome do Plano | **Odonto Smart Individual** | |
| Registro do produto na ANS n° | **508.189/26-1** | |
| Tipo de Contratação | **Individual ou Familiar** | |
| Segmentação Assistencial | **Exclusivamente odontológica** | |
| Área de Abrangência Geográfica | **Estadual** | |
| Área de Atuação | **MS** | |
| Formação do Preço | **Pré-Estabelecido** | |
| Mensalidade por beneficiário inscrito | **Titular** | **R$** |
| Forma de Pagamento | **Dependente** | **R$** |
| | **( ) boleto**<br>**( ) PIX** | **( ) débito**<br>**( ) crédito** |
| Data de Pagamento: | **( ) 5 ( ) 10 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 30** | |
| Cobertura extra rol | **Não se aplica (X)**<br>**Se aplica ( )** | |

**PERÍODOS DE CARÊNCIA**

Os beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

| 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** |

- O **CONTRATANTE** e seus dependentes declaram ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como o Guia de Leitura Contratual – GLC, que deverá ser disponibilizado a todos os beneficiários vinculados ao contrato.

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

- As Partes declaram e concordam em utilizar e reconhecer como válida a forma de comprovação de autoria e integridade aos termos ora acordados em formato eletrônico ou físico, mesmo que não utilizem de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória n. 2.200-2/2001. A formalização deste instrumento de maneira eletrônica ou física admitida nesta cláusula será suficiente para a validade, eficácia e integral vinculação das Partes às avenças nele contidas.

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 202_.

_____
**UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL**
Fernando Jaime Cavalli
Presidente

_____
**UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL**
Danilo Rodrigues Breda
Vice - Presidente

_____
**CONTRATANTE**

_____

**Contratante**

(caso menor de idade, a partir de 16 anos completos até 17 anos e 11 meses)

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANO DE SAÚDE EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO**

**Odonto Smart Individual – PRODUTO Nº 508.189/26-1**

## I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

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

1.3. 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. Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

2.2. São beneficiários deste contrato o **CONTRATANTE**, considerado BENEFICIÁRIO TITULAR, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

2.3. Podem ser inscritos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas os seguintes dependentes:

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

2.4. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão vinculados ao BENEFICIÁRIO TITULAR no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

2.5. É assegurada a inclusão:

a) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR adotante, que ficam aqui equiparados aos filhos, até 24 anos completos**.**

b) do cônjuge ou companheiro (a) do BENEFICIÁRIO TITULAR, com aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

Parágrafo único: Ultrapassados os prazos previstos acima, os novos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cumprirão todos os períodos de carências previstos neste contrato.

2.6. A inclusão do **CONTRATANTE** e respectivos dependentes será processada através da Proposta de Admissão que, aceita pela **UNIODONTO**, integrará este contrato para todos os fins de direito.

2.7. Caberá ao **CONTRATANTE**/BENEFICIÁRIO TITULAR a exibição de documentos que comprovem a relação de parentesco/afinidade com os beneficiários dependentes.

2.8. Quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR repassar à **UNIODONTO**, as respectivas informações.

## III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A **UNIODONTO** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e condições estabelecidas no contrato, das despesas de assistência odontológica, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento, visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal;

3.2. A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados;

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

3.4. A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos, conforme rol de procedimento editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações:

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

| TABELA DE COBERTURA DO PLANO | |
|---|---|
| **ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS** | |
| **CÓDIGO** | **CONSULTA** |
| 81000065 | Consulta odontológica inicial |
| 81000030 | Consulta Odontológica |
| 81000073 | Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria |
| **TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO** | |
| 84000244 | Teste de fluxo salivar |
| 81000111 | Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial |
| 81000138 | Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial |
| 81000154 | Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial |
| 81000170 | Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial |
| 84000252 | Teste de PH Salivar |
| 84000228 | Teste de capacidade tampão da saliva |
| **URGÊNCIA** | |
| 81000049 | Consulta odontológica de Urgência |
| 81000057 | Consulta odontológica de Urgência 24h. |
| 85200034 | Pulpectomia |
| 82000468 | Controle de hemorragia **com** aplicação de hemostático em região buco-maxilo-facial |
| 82000484 | Controle de hemorragia **sem** aplicação de hemostático em região buco-maxilo-facial |
| 85400467 | Recimentação de trabalhos protéticos |
| 85100048 | Colagem de Fragmentos Dentários |
| 82001022 | Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilo-facial |
| 82001030 | Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial |
| 85300063 | Tratamento de abscesso periodontal agudo |
| 82001251 | Reimplante dentário com contenção |
| 82001197 | Redução simples de luxação de Articulação Tempero Mandibular (ATM) |
| 82001642 | Tratamento conservador de luxação da Articulação Tempero Mandibular (ATM) |
| 85200042 | Pulpotomia |
| 85100013 | Capeamento pulpar direto excluindo restauração final |
| 85100056 | Tratamento de Odontalgia Aguda |

| | |
|---|---|
| 85200085 | Restauração temporária / tratamento expectante |
| 85300080 | Tratamento de Pericoronarite |
| 85200174 | Curativo endodôntico em situação de urgência |
| 82001650 | Tratamento de Alveolite |
| 82001499 | Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial |
| **RADIOLOGIA** | |
| 81000421 | Radiografia periapical |
| 81000375 | Radiografia interproximal - *bite-wing* |
| 81000383 | Radiografia Oclusal |
| 81000405 | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) |
| 81000294 | Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico) |
| **PREVENÇÃO / ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL** | |
| 84000198 | Profilaxia: polimento coronário |
| 84000090 | Aplicação tópica de flúor |
| 84000163 | Controle de biofilme (placa bacteriana) |
| 84000139 | Atividade educativa em saúde bucal |
| 85300055 | Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (placa bacteriana) |
| 84000112 | Aplicação de verniz fluoretado |
| 87000016 | Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais |
| 87000024 | Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores |
| **ODONTOPEDIATRIA** | |
| 85100242 | Adequação do meio bucal – Até 14 anos (arcada superior e inferior) |
| 84000074 | Aplicação de Selante |
| 84000031 | Aplicação de cariostático |
| 84000201 | Remineralização Dentária |
| 83000062 | Coroa de policarbonato em dente decíduo |
| 87000067 | Coroa de policarbonato em dente permanente |
| 83000046 | Coroa de aço em dente decíduo |
| 87000059 | Coroa de aço em dente permanente |
| 83000020 | Coroa de acetato em dente decíduo |
| 87000040 | Coroa de acetato em dente permanente |
| 85100013 | Capeamento pulpar direto |
| 83000127 | Pulpotomia em dente decíduo |
| 83000151 | Tratamento endodôntico em dente decíduo |
| 83000089 | Exodontia simples de decíduo |
| 81000014 | Condicionamento em Odontologia |
| 83000135 | Restauração atraumática em dente decíduo (por dente) |
| 85100137 | Restauração em Ionômero de vidro – 1 face |
| 85100145 | Restauração em Ionômero de vidro – 2 faces |
| 85100153 | Restauração em Ionômero de vidro – 3 faces |

| | |
|---|---|
| 85100161 | Restauração em Ionômero de vidro – 4 faces |
| 82000700 | Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica |
| 85000787 | Imobilização dentária em dentes decíduos (por elemento até 05) |
| **DENTÍSTICA** | |
| 85100099 | Restauração de amálgama - 1 face |
| 85100102 | Restauração de amálgama - 2 faces |
| 85100110 | Restauração de amálgama - 3 faces |
| 85100129 | Restauração de amálgama - 4 faces |
| 85100196 | Restauração em resina fotopolimerizável 1 face |
| 85100200 | Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces |
| 85100218 | Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces |
| 85100226 | Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces |
| 85100064 | Faceta direta em resina fotopolimerizável |
| 85400211 | Núcleo de preenchimento |
| 85100080 | Restauração atraumática em dente permanente |
| **ENDODONTIA** | |
| 85200166 | Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes – Unirradicular (Radiografia inicial e final inclusas) |
| 85200140 | Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes – Birradicular (Radiografia inicial e final inclusas) |
| 85200158 | Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes – Multirradicular (Radiografia inicial e final inclusas) |
| 85200115 | Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes – Unirradicular (Radiografia inicial e final inclusas) |
| 85200093 | Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes – Birradicular (Radiografia inicial e final inclusas) |
| 85200107 | Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes – Multirradicular (Radiografia inicial e final inclusas) |
| 85200123 | Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar) |
| 85200077 | Remoção de núcleo intrarradicular |
| 85200050 | Remoção de corpo estranho intracanal |
| 85200131 | Tratamento endodôntico dente c/rizogênese incompleta |
| **PERIODONTIA** | |
| 85300047 | Raspagem supra-gengival |
| 85300039 | Raspagem sub-gengival/alisamento radicular |
| 82000921 | Gengivectomia |
| 82000948 | Gengivoplastia |
| 82000212 | Aumento de coroa clínica |
| 82000417 | Cirurgia periodontal a retalho |
| 82000557 | Cunha proximal |
| 85300012 | Dessensibilização Dentária |
| 82000069 | Amputação radicular **sem** obturação retrógada |

| | |
|---|---|
| 82000050 | Amputação radicular **com** obturação retrógada |
| 82001464 | Sepultamento radicular |
| 82000689 | Enxerto pediculado |
| 82000662 | Enxerto gengival livre |
| 82001073 | Odonto-secção |
| 85300020 | Imobilização dentária em dentes permanentes (por elemento até 05 anos) |
| **PRÓTESE** | |
| 85400556 | Restauração metálica fundida |
| 85400220 | Núcleo metálico fundido |
| 85400505 | Remoção de trabalho protético |
| 85400114 | Coroa total em cerômero – Coberto somente para dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos: Dentes 11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42 e 43) |
| 85400149 | Coroa total metálica - Coberto somente para dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares: Dentes 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 47 e 48) |
| 85400025 | Ajuste Oclusal por desgaste seletivo |
| 85400017 | Ajuste Oclusal por Acréscimo |
| 85400262 | Pino pré-fabricado (inclui o núcleo de preenchimento) |
| 85400084 | Coroa provisória **sem** pino |
| 85400076 | Coroa provisória **com** pino |
| 85400475 | Reembasamento de coroa provisória |
| 85400459 | Provisório para restauração metálica fundida |
| **CIRURGIA** | |
| 82000832 | Exodontia de permanente por indicação ortodôntica / protética |
| 82001731 | Exodontia de semi-incluso / impactado supra numerário |
| 82000875 | Exodontia simples de permanente |
| 82001740 | Exodontia de incluso / impactado supra numerário |
| 82000816 | Exodontia a retalho |
| 82000859 | Exodontia de raiz residual |
| 82000034 | Alveoloplastia |
| 82000239 | Biópsia de boca |
| 82000247 | Biópsia de glândula salivar |
| 82000255 | Biópsia de lábio |
| 82000263 | Biópsia de língua |
| 82000271 | Biópsia de mandíbula |
| 82000280 | Biópsia de maxila |

| | |
|---|---|
| 82001103 | Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial |
| 82000190 | Aprofundamento/aumento de vestíbulo |
| 82000395 | Cirurgia para torus palatino |
| 82000387 | Cirurgia para torus mandibular – unilateral |
| 82000360 | Cirurgia para torus mandibular – bilateral |
| 82000182 | Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada |
| 82000174 | Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada |
| 82000085 | Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada |
| 82000077 | Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada |
| 82000166 | Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada |
| 82000158 | Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada |
| 82000883 | Frenulectomia labial |
| 82000891 | Frenulectomia lingual |
| 82000913 | Frenulotomia lingual |
| 82000905 | Frenulotomia labial |
| 82000298 | Bridectomia |
| 82000301 | Bridotomia |
| 82001286 | Remoção de dentes inclusos / impactados |
| 82001294 | Remoção de dentes semi-inclusos / impactados |
| 82001510 | Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal |
| 82001529 | Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal |
| 82000808 | Exérese ou excisão de rânula |
| 82000794 | Exérese ou excisão de mucocele |
| 82001154 | Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial |
| 82001170 | Redução cruenta de fratura alvéolo dentária |
| 82001189 | Redução incruenta de fratura alvéolo dentária |
| 82000786 | Exérese ou excisão de cistos odontológicos |
| 82000778 | Exérese ou excisão de cálculo salivar |
| 82001588 | Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial |
| 82001618 | Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial |
| 82001634 | Tratamento cirúgico para tumores odontogênicos benignos - Sem reconstrução |
| 82001715 | Ulotomia |
| 82001707 | Ulectomia |
| 82001553 | Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial |
| 82001367 | Remoção de Odontoma |
| 82001308 | Remoção de dreno extra-oral |

| | |
|---|---|
| 82001316 | Remoção de dreno intra-oral |
| 82000352 | Cirurgia para exostose maxilar |
| 82000441 | Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial |
| 82000743 | Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial (incluso Rx inicial e final) |
| 82001596 | Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial |

3.6. 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) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
g) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
h) 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) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
k) restaurações para fins estéticos;
l) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;
m) atos de implante e prótese;
n) os serviços de instalação, manutenção e fornecimento de aparelhos ortopédicos e ortodônticos removíveis, bem como de alinhadores ortodônticos transparentes e sistemas de alinhadores sequenciais removíveis, não possuem cobertura contratual, brackets, contenção assim como os procedimentos de clareamento ambulatorial e a confecção de órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora); também não são cobertos pelo plano.
o) a sedação medicamentosa ambulatorial e a sedação consciente;
p) atendimento domiciliar (home care); e
q) os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

## 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.

5.3. 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 - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

## VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Os beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

| **Procedimentos de:** | **Prazo Máximo Legal** |
|---|---|
| Urgência/Emergência | 24 horas |
| Diagnóstico | 180 dias |
| Condicionamento | 180 dias |
| Exames | 180 dias |
| Radiologia | 180 dias |
| Prevenção em Saúde Bucal | 180 dias |
| Dentística | 180 dias |
| Periodontia | 180 dias |
| Endodontia | 180 dias |
| Cirurgia | 180 dias |
| Prótese | 180 dias |
| Demais especialidades/procedimentos cobertos, inclusive por atualização do rol de procedimentos. | 180 dias |

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

7.3. Os serviços contratados serão prestados aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos após o cumprimento dos períodos de carências estabelecidos na cláusula 7.1.

## VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Classificam-se como procedimentos de Urgência/Emergência, de cobertura obrigatória por parte da **UNIODONTO**:

| **Código Procedimento** | **Nome do Procedimento** |
|---|---|
| 81000049 | Consulta odontológica de Urgência |
| 81000057 | Consulta odontológica de Urgência 24h. |
| 85200034 | Pulpectomia |

| | |
|---|---|
| 82000468 | Controle de hemorragia **com** aplicação de hemostático em região buco-maxilo-facial |
| 82000484 | Controle de hemorragia **sem** aplicação de hemostático em região buco-maxilo-facial |
| 85400467 | Recimentação de trabalhos protéticos |
| 85100048 | Colagem de Fragmentos Dentários |
| 82001022 | Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilo-facial |
| 82001030 | Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial |
| 85300063 | Tratamento de abscesso periodontal agudo |
| 82001251 | Reimplante dentário com contenção |
| 82001197 | Redução simples de luxação de Articulação Tempero Mandibular (ATM) |
| 82001642 | Tratamento conservador de luxção da Articulação Tempero Mandibular (ATM) |
| 85200042 | Pulpotomia |
| 85100013 | Capeamento pulpar direto excluindo restauração final |
| 85100056 | Tratamento de Odontalgia Aguda |
| 85200085 | Restauração temporária / tratamento expectante |
| 85300080 | Tratamento de Pericoronarite |
| 85200174 | Curativo endodôntico em situação de urgência |
| 82001650 | Tratamento de Alveolite |
| 82001499 | Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial |

## IX - DO REEMBOLSO

9.1. Os beneficiários da **UNIODONTO** poderão solicitar reembolso dos valores obtidos nos atendimentos realizados fora da rede credenciada da operadora, somente quando for oportunizado à operadora garantir o atendimento em prestador credenciado ou não, observando as possibilidades indicadas abaixo:

**a) INDISPONIBILIDADE:** Para os atendimentos de caráter **eletivo**, nas situações de indisponibilidade de prestador credenciado ou não no município demandado, nos municípios limítrofes, ou na região de saúde será garantido o transporte para local apto a realizar o atendimento, e, somente na impossibilidade das hipóteses acima, é que será garantido o reembolso conforme Tabela **UNIODONTO** vigente no período, daqueles valores gastos com o atendimento.

**b) INEXISTÊNCIA:** Para os atendimentos de caráter **eletivo**, nas situações de inexistência de prestador credenciado ou não no município demandado, nos municípios limítrofes, ou na região de saúde, será garantido o transporte para local apto a realizar o atendimento, e, somente na impossibilidade das hipóteses acima, é que será garantido o reembolso conforme Tabela **UNIODONTO** vigente no período, daqueles valores gastos com o atendimento.

**c) URGÊNCIA e EMERGÊNCIA**: A urgência deverá ser comprovada, mediante apresentação de laudo emitido pelo dentista assistente, com os esclarecimentos e motivos que comprovem a urgência ou emergência do atendimento. Situações em que não restar comprovada a urgência, o reembolso **não será devido**.

9.2 Nas situações de atendimento eletivo, em que o beneficiário não procurar a

operadora para ter acesso ao prestador, seja ele credenciado ou não, o reembolso **NÃO SERÁ GARANTIDO.**

9.3 Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar a **UNIODONTO** os originais dos seguintes documentos:

a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela **UNIODONTO**, solicitando o reembolso e esclarecendo as razões pelo qual o mesmo não utilizou a rede assistencial da Operadora;
b) orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa que comprovem a situação de urgência ou emergência 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;
e) comprovante de pagamento por parte do beneficiário.

9.4 O beneficiário terá o prazo de 12 (doze) meses, a contar da data do fato, para apresentar a documentação completa e requerer o reembolso. Transcorrido o prazo descrito, não caberá reembolso.

9.5 O prazo para efetivação do reembolso é de 30 (trinta) dias a contar do recebimento completo da documentação mínima obrigatória indicada na **Cláusula 9.3.**

9.6 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre **quando não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano**.

9.7. 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**.

9.8. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis integralmente as despesas odontológicas de urgência/emergência.

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

9.10. Cientes as partes de que por liberalidade da **UNIODONTO,** mediante análise da documentação encaminhada, e da situação individual, serão aplicados os seguintes valores de reembolso:

| Nome do procedimento | Valor |
|---|---|
| Consulta odontológica inicial | R$ 26,00 |
| Consulta odontológica | R$ 26,00 |
| Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria | R$ 26,00 |
| Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na | R$ 73,00 |

| | |
|---|---|
| região buco-maxilo-facial | |
| Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial | R$ 73,00 |
| Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial | R$ 73,00 |
| Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo- facial | R$ 73,00 |
| Teste de Fluxo Salivar | R$ 28,00 |
| Teste de PH Salivar | R$ 28,00 |
| Teste de capacidade tampão da saliva | R$ 28,00 |
| Consulta odontológica de Urgência | R$ 46,00 |
| Consulta odontológica de urgência 24hs | R$ 46,00 |
| Pulpectomia | R$ 12,00 |
| Controle de hemorragia com aplicação de hemostático em região buco-maxilo-facial. | R$ 12,00 |
| Controle de Hemorragia sem aplicação de hemostático em região buco-maxilo-facial | R$ 12,00 |
| Recimentação de trabalhos protéticos | R$ 12,00 |
| Tratamento de Alveolite | R$ 12,00 |
| Colagem de Fragmentos Dentários | R$ 12,00 |
| Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial | R$ 12,00 |
| Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial | R$ 12,00 |
| Tratamento de abscesso periodontal agudo | R$ 12,00 |
| Reimplante dentário com contenção | R$ 12,00 |
| Redução simples de luxação de Articulação Tempero Mandibular (ATM) | R$ 12,00 |
| Tratamento conservador de luxação da Articulação Tempero Mandibular-ATM | R$ 12,00 |
| Pericoranarite | R$ 12,00 |
| Pulpotomia | R$ 12,00 |
| Capeamento pulpar direto excluindo restauração final | R$ 12,00 |
| Tratamento odontalgia aguda | R$ 12,00 |
| Restauração Temporária -Tratamento expectante | R$ 12,00 |
| Curativo endodôntico em situação de emergência | R$ 12,00 |
| Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial | R$ 12,00 |
| Periapical | R$ 10,00 |
| Radiografia interproximal - bite-wing | R$ 11,00 |
| Radiografia oclusal | R$ 16,00 |
| Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) | R$ 30,00 |
| Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico) | R$ 80,00 |
| Profilaxia: Polimento coronário | R$ 27,00 |
| Atividade educativa em saúde bucal | R$ 36,00 |
| Aplicação tópica de flúor | R$ 48,00 |
| Evidenciação de Placa Bacteriana (Controle de Placa Bacteriana ) | R$ 35,00 |
| Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental(placa Bacteriana) | R$ 25,00 |
| Aplicação de verniz fluoretado | R$ 48,00 |
| Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais | R$ 36,00 |
| Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores | R$ 36,00 |
| Adequação do meio bucal- Até 14 anos (arcada superior | R$ 12,00 |

| | |
|---|---|
| e inferior) | |
| Aplicação de selante de fóssulas e fissuras | R$ 20,00 |
| Aplicação de cariostático | R$ 21,00 |
| Remineralização | R$ 28,00 |
| Coroa de policarbonato em dente decíduo | R$ 63,00 |
| Coroa de policarbonato em dente permanente | R$ 63,00 |
| Coroa de aço em dente decíduo | R$ 63,00 |
| Coroa de aço em dente permanente | R$ 63,00 |
| Coroa de acetato em dente decíduo | R$ 63,00 |
| Coroa de acetato em dente permanente | R$ 63,00 |
| Capeamento pulpar direto | R$ 12,00 |
| Pulpotomia em dente decíduo | R$ 83,00 |
| Tratamento endodôntico em dente decíduo | R$ 63,00 |
| Exodontia simples de decíduo | R$ 29,00 |
| Condicionamento em Odontologia | R$ 59,00 |
| Restauração atraumática em dente decíduo (por dente) | R$ 20,00 |
| Restauração em ionômero de vidro - 1 face | R$ 37,00 |
| Restauração em ionômero de vidro - 2 faces | R$ 37,00 |
| Restauração em ionômero de vidro - 3 faces | R$ 37,00 |
| Restauração em ionômero de vidro - 4 faces | R$ 37,00 |
| Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica | R$ 12,00 |
| Imobilização dentária em dentes decíduos (por elemento até 05) | R$ 113,00 |
| Restauração de Amálgama - 1 face/superfície radicular | R$ 43,00 |
| Restauração de Amálgama - 2 faces | R$ 57,00 |
| Restauração de Amálgama - 3 faces | R$ 59,00 |
| Restauração de Amálgama - 4 faces | R$ 72,00 |
| Restauração em resina fotopolimerizável 1 face | R$ 52,00 |
| Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces | R$ 62,00 |
| Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces | R$ 77,00 |
| Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces | R$ 85,00 |
| Faceta direta em resina fotopolimerizável | R$ 59,00 |
| Núcleo de preenchimento | R$ 40,00 |
| Restauração Atraumática em dentes permanentes (por dente) | R$ 20,00 |
| Tratamento endodôntico unirradicular(Radiografia inicial e final inclusas) | R$ 203,00 |
| Tratamento endodôntico birradicular(Radiografia inicial e final inclusas) | R$ 243,00 |
| Tratamento endodôntico multirradicular (Radiografia inicial e final inclusas) | R$ 319,00 |
| Retratamento endodôntico unirradicular(Radiografia inicial e final inclusas) | R$ 237,00 |
| Retratamento endodôntico birradicular(Radiografia inicial e final inclusas) | R$ 300,00 |
| Retratamento endodôntico multirradicular (Radiografia inicial e final inclusas) | R$ 385,00 |
| Tratamento de perfuração endodôntica | R$ 30,00 |
| Remoção de núcleo intrarradicular | R$ 90,00 |
| Remoção de corpo estranho intracanal | R$ 30,00 |

| | |
|---|---|
| Tratamento endodôndico de dente com rizogênese incompleta | R$ 30,00 |
| Raspagem supra-gengival | R$ 17,00 |
| Raspagem sub-gengival/alisamento radicular | R$ 32,00 |
| Dessensibilização dentária | R$ 7,00 |
| Gengivectomia | R$ 28,00 |
| Gengivoplastia | R$ 28,00 |
| Aumento de coroa clínica | R$ 149,00 |
| Amputação radicular sem obturação retrógada | R$ 28,00 |
| Amputação radicular com obturação retrógada | R$ 28,00 |
| Cirurgia periodontal a retalho (por segmento) | R$ 149,00 |
| Cunha Proximal | R$ 149,00 |
| Sepultamento radicular | R$ 39,00 |
| Enxerto pediculado | R$ 143,00 |
| Enxerto gengival livre | R$ 143,00 |
| Odonto-secção | R$ 29,00 |
| Imobilização dentária em dentes permanentes (por elemento até 05) | R$ 113,00 |
| Ajuste Oclusal por desgaste seletivo | R$ 7,00 |
| Ajuste Oclusal por acréscimo | R$ 7,00 |
| Restauração metálica fundida | R$ 279,00 |
| Remoção de trabalho protético | R$ 82,00 |
| Núcleo metálico fundido | R$ 139,00 |
| Pino pré-fabricado (inclui o núcleo de preenchimento) | R$ 100,00 |
| Coroa provisória sem pino | R$ 108,00 |
| Coroa provisória com pino | R$ 108,00 |
| Reembasamento de coroa provisória | R$ 27,00 |
| Coroa total em cerômero (Dentes anteriores permanentes) | R$ 425,00 |
| Coroa total metálica | R$ 279,00 |
| Provisório para restauração metálica fundida | R$ 108,00 |
| Exodontia de permanente por indicação ortodôntica / protética | R$ 78,00 |
| Exodontia de semi-incluso/ impactado supra numerário | R$ 203,00 |
| Exodontia simples de permanente | R$ 78,00 |
| Exodontia de incluso/impactado supra numerário | R$ 203,00 |
| Exodontia a Retalho | R$ 78,00 |
| Exodontia de raiz residual | R$ 78,00 |
| Alveoloplastia | R$ 179,00 |
| Biópsia de boca- 30202027-cod.inter | R$ 77,00 |
| Biópsia de glândula salivar-30204011-cod.inter | R$ 77,00 |
| Biópsia de lábio-30201012-cod.inter | R$ 77,00 |

| | |
|---|---|
| Biópsia de língua-30203031-cod.inter | R$ 77,00 |
| Biópsia de mandíbula-30211018-cod.inter<br>Biópsia de maxila | R$ 77,00 |
| Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial | R$ 77,00 |
| Aprofundamento/aumento de vestíbulo | R$ 110,00 |
| Cirurgia para Torus Palatino | R$ 123,00 |
| Cirurgia para Torus Mandibular – Unilateral | R$ 123,00 |
| Cirurgia para Torus Mandibular – Bilateral | R$ 201,00 |
| Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada | R$ 205,00 |
| Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada | R$ 243,00 |
| Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada | R$ 247,00 |
| Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada | R$ 268,00 |
| Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada | R$ 268,00 |
| Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada | R$ 271,00 |
| Frenulectomia labial | R$ 130,00 |
| Frenulectomia lingual | R$ 150,00 |
| Frenulotomia lingual | R$ 150,00 |
| Frenulotomia labial | R$ 130,00 |
| Bridectomia | R$ 116,00 |
| Bridotomia | R$ 116,00 |
| Remoção de dentes inclusos / impactados | R$ 203,00 |
| Remoção de dentes semi-inclusos / impactados | R$ 203,00 |
| Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal | R$ 169,00 |
| Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal | R$ 169,00 |
| Excisão de Rânula | R$ 161,00 |
| Excisão de Mucocele | R$ 77,00 |
| Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial | R$ 132,00 |
| Redução cruenta de fratura alvéolo dentária | R$ 147,00 |
| Redução incruenta de fratura alvéolo dentária | R$ 92,00 |
| Exérese ou excisão de cistos odontológicos | R$ 116,00 |
| Exérese ou excisão de cálculo salivar | R$ 116,00 |
| Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial | R$ 169,00 |

| | |
|---|---|
| Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial | R$ 123,00 |
| Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução | R$ 185,00 |
| Ulotomia | R$ 44,00 |
| Ulectomia | R$ 57,00 |
| Tratamento Cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial | R$ 77,00 |
| Remoção de Odontoma | R$ 169,00 |
| Remoção de Dreno Extra Oral | R$ 28,00 |
| Remoção de Dreno Intra Oral | R$ 28,00 |
| Cirurgia para exostose maxilar | R$ 117,00 |
| Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco- maxilo-facial | R$ 44,00 |
| Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial (incluso Rx inicial e final) | R$ 117,00 |
| Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos ou cartilaginosos na região buco-maxilo-facial | R$ 162,00 |

9.11. Os valores acima declarados poderão ser reajustados para atualização dos custos, com regularidade não inferior a um ano.

9.11.1. Os valores previstos na cláusula 9.10 estarão disponíveis aos seus beneficiários mediante solicitação nos canais de atendimento: e-mail: administrativo@uniodontoms.com.br; telefone 67 3029-8040; WhatsApp 67 3029 -8040.

## X – MECANISMO DE REGULAÇÃO

***CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO***

10.1. O Cartão Individual de Identificação será disponibilizado pela **UNIODONTO** através de aplicativo de celular que, acompanhado de documento de identidade, habilitará a realização dos atendimentos previstos neste CONTRATO.

§1º. O documento de identificação do beneficiário do plano odontológico será disponibilizado exclusivamente em meio digital, por intermédio do aplicativo **UNIODONTO MS BENEFICIÁRIO**, disponível para instalação nas plataformas **Android** e **iOS**.

10.2. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será realizado sem apresentação do cartão de identificação do beneficiário, acompanhado de cédula de identidade, sendo que inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares.

§1º. O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do beneficiário, devendo conter, destacadamente, seu período de validade.

§2º. A utilização do cartão de identificação por terceiros por imprudência ou negligência será caracterizado como fraude, e tornará o beneficiário responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, salvo se ficar caracterizado que não tenha contribuído de nenhuma forma para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizada a culpa, será responsável pelo pagamento de multa de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor das despesas, bem como poderá ter seu plano cancelado por fraude.

***PROCEDIMENTOS***

10.3. Para o atendimento dos procedimentos cobertos, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente através da *Internet* no endereço https://uniodontoms.com.br/ ou https://uniodontoms.com.br/politica-de-privacidade/, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede **UNIODONTO** que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

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

10.3.2. 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.

10.4. 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.

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

***DA AUDITORIA***

10.6. A **UNIODONTO**, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

10.6.1. Na aplicação da auditoria odontológica inicial, a **UNIODONTO** se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 48 horas a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

***DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA***

10.7. Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da **UNIODONTO** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da **UNIODONTO**.

***DA DIVULGAÇÃO DA REDE***

10.8. Neste ato é informado o **CONTRATANTE** as informações acerca da relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema **UNIODONTO**, 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 disponíveis na *Internet* pelo endereço https://uniodontoms.com.br/ .

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

## XI – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

11.2. O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar a **UNIODONTO**, por si e por seus dependentes inscritos neste contrato, os valores relacionados na proposta de admissão para o efeito de inscrição e mensalidade.

11.3. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão, podendo a **UNIODONTO** adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.
**Parágrafo Único**: Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subseqüente.

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

11.5. O recebimento pela **UNIODONTO** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

11.6. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), além de multa de 2% (dois por cento), calculados proporcionalmente sobre o valor do débito em atraso.

11.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

11.8. Em caso de inadimplemento das obrigações financeiras previstas no presente contrato, a **UNIODONTO** poderá, ainda:
a) Inscrever os débitos em nome do(a) **CONTRATANTE** nos órgãos de proteção ao crédito;
b) Promover o protesto do título correspondente junto ao Cartório de Títulos e Documentos;
c) Encaminhar os valores inadimplidos para cobrança extrajudicial, por intermédio de advogado, com acréscimo de 10% (dez por cento) sobre o valor total devido a título de honorários advocatícios;
c.1) Caso o débito seja objeto de ação judicial de cobrança, incidirá sobre o valor total devido um acréscimo de 20% (vinte por cento) a título de honorários advocatícios, que não se confundem com eventuais honorários de sucumbência fixados em favor da parte vencedora na referida ação judicial.
c.2) O(A) **CONTRATANTE** declara estar ciente de que os honorários acima mencionados representam a remuneração pela atuação dos advogados contratados pela **UNIODONTO** para recuperação dos valores devidos, não possuindo qualquer relação com os honorários de sucumbência, que são devidos exclusivamente à parte vencedora em ações judiciais, conforme determina o Código de Processo Civil.

11.9. Os custos decorrentes das medidas mencionadas nesta cláusula, incluindo taxas de cartório, custas processuais e demais despesas necessárias à recuperação do crédito, serão integralmente suportados pelo(a) CONTRATANTE inadimplente.

## XII - REAJUSTE

12.1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade e a tabela de preços para novas adesões será anual, e dar-se-á mediante a aplicação da variação do IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, o qual será apurado no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário, considerado como data-base para aplicação do reajuste o mês de assinatura do contrato.

12.1.2. Na hipótese de descontinuidade dos índices estabelecidos no item acima, a **UNIODONTO** deverá oferecer ao **CONTRATANTE** um termo aditivo de contrato que defina esse índice.

12.2. Fica estabelecido, que os valores relativos a inclusões de novos usuários, terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato.

12.3. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

## XIII - FAIXAS ETÁRIAS

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

## XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO

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

a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
c) a pedido do beneficiário titular.

14.2. A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

14.3. O disposto no artigo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

## XV – RESCISÃO/SUSPENSÃO

**DENÚNCIA**

15.1. 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.

15.2. 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.

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

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

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

**RESCISÃO**

15.4. Será considerado rescindido este contrato:

15.4.1. Quando houver atraso no pagamento de duas mensalidades, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o **CONTRATANTE** tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de a **UNIODONTO** exigir a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

15.4.2 Os meios de comunicação ao beneficiário, acerca da inadimplência, serão:
a) Endereço eletrônico (e-mail) cadastrado no sistema da operadora e informado pelo beneficiário;
b) Whatsapp para o telefone móvel cadastrado no sistema da operadora, fornecido pelo beneficiário;
c) Ligação gravada para todos os números de contato fornecidos pela parte **CONTRATANTE** no momento de seu cadastro no plano de saúde;
d) De forma complementar, a notificação por inadimplência poderá ser feita em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis;
f) Outros meios eletrônicos e/ou digitais possíveis que possam vir a surgir, durante a vigência deste contrato.

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

15.4.4. 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.

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

15.5. Ocorrendo fraude pelo beneficiário ou seus dependentes, devidamente comprovada.

## XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Integram este contrato, para todos os fins de direito:

a) Proposta de Admissão assinada pelo (a) **CONTRATANTE**,
b) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
c) o Guia de Leitura Contratual (GLC); e,
d) o Guia Odontológico que pode ser acessado via site ou aplicativo, site: https://uniodontoms.com.br/ ou aplicativo **UNIODONTO MS BENEFICIÁRIO.**

16.2. Os BENEFICIÁRIOS com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos e portadores de necessidades especiais têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

16.3. 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.

16.4. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **UNIODONTO**, o **CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Adesão, para a devida apuração.

16.5. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do **CONTRATANTE** pagar à **UNIODONTO** o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência.

16.6. A **UNIODONTO** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

16.7. O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **UNIODONTO**, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL **UNIODONTO**, constante do Guia Odontológico.

16.8. A inserção de mensagens no boleto de cobrança das mensalidades valerá como notificação extrajudicial do **CONTRATANTE**, para todos os efeitos deste contrato.

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

16.10. O **CONTRATANTE**, por si e pelos seus dependentes, autoriza a **UNIODONTO** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como órgãos judiciais mediante procedimentos próprios, na forma da Lei.

16.11. Casos omissos, eventuais dúvidas e alteração na legislação vigente, deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

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

16.13. A **UNIODONTO** não se responsabilizará por quaisquer danos físicos ou morais, bem como prejuízos de quaisquer espécies que a **CONTRATANTE** ou os usuários venha(m), direta ou indiretamente a sofrer, em virtude de erro ou omissão do cirurgião-dentista cooperado no tratamento a que for submetido, cabendo-lhe, na ocorrência desta hipótese, agir diretamente contra o responsável, se assim entender conveniente.

16.14. Fora dos limites territoriais descritos nas características gerais do contrato e não caracterizada a ocorrência de emergência, o usuário poderá receber atendimento em consultório de cirurgião-dentista filiado a qualquer cooperativa integrante do SISTEMA NACIONAL **UNIODONTO**, desde que previamente autorizado pela **UNIODONTO**.

§ 1o. A **CONTRATANTE**/BENEFICIÁRIO terá que se sujeitar às regras operacionais estabelecidas pela cooperativa prestadora de serviços, que não serão, necessariamente, iguais as ditadas neste contrato.

§ 2o. A Cooperativa que atender ao beneficiário fornecer-lhe-á uma relação dos seus cirurgiões-dentistas cooperados.

16.15. Todas as despesas necessárias com materiais e medicamentos utilizados para o tratamento odontológico dos BENEFICIÁRIOS da **CONTRATANTE**, relativos aos atos cobertos por este contrato, já estão embutidos nos honorários que serão pagos integral e diretamente pela **UNIODONTO** aos seus cooperados, não havendo mais qualquer necessidade da **CONTRATANTE**/BENEFICIÁRIO arcar com quaisquer pagamentos ao cirurgião-dentista que o atender, cooperado da **UNIODONTO**.

16.16. A **UNIODONTO** se reserva o direito de realizar auditorias, exames ou perícias, antes, durante ou após o término do tratamento, não podendo a **CONTRATANTE**/USUÁRIO, sob nenhum pretexto, recusar-se em atender convocação para tal fim.

16.17. A **UNIODONTO** poderá realizar exame pré-admissional no beneficiário ou em seus dependentes, a seu exclusivo critério.

16.18. São adotadas as seguintes definições:
ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a freqüência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o **CONTRATANTE** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.

CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.
EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo **CONTRATANTE** à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

16.19. A UNIODONTO poderá disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS, de forma automática, serviços adicionais de natureza não assistencial, decorrentes de parcerias comerciais, não integrantes da cobertura odontológica contratada, podendo tais serviços ser cancelados a qualquer tempo, tanto pelo BENEFICIÁRIO quanto pela UNIODONTO, sem qualquer prejuízo ao plano odontológico, às suas coberturas, direitos ou condições contratuais.

## XVII- DA PROTEÇÃO DE DADOS

17.1. Com o objetivo de moldar a relação pactuada às disposições contidas na Lei Geral de Proteção de Dados - Lei 13.709/2018 ("LGPD"), as partes procederão com os serviços de forma a viabilizar a observância às regras da LGPD, comprometendo-se mutuamente ao cumprimento e adequação às leis de proteção de dados, além das normas e dos regulamentos adotados pelas competentes autoridades, bem como a Política de Privacidade da **UNIODONTO**, disponível no endereço eletrônico https://uniodontoms.com.br/politica-de-privacidade/ .

17.1.1. A **UNIODONTO**, com o objetivo de cumprir rigorosamente o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, especialmente no que tange a comunicação com o titular dos dados, disponibiliza em seu portal https://uniodontoms.com.br/politica-de-privacidade/ o Canal de Atendimento ao Titular de Dados.

17.2**.** A **UNIODONTO,** cumprirá, a todo momento, as leis de proteção de dados, jamais colocando por seus atos ou por sua omissão a **CONTRATANTE** em situação de violação das leis de proteção de dados, executando os serviços objeto do presente contrato a partir das premissas da LGPD, em especial aos requisitos para o tratamento de dados pessoais (bases legais) e aos princípios da finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção e não discriminação no tratamento dos dados na prestação de serviços, e demais princípios dispostos nas leis que versem sobre o tema.

17.2.1. Para fins deste Contrato, (i) "Dados Pessoais" significam todas as informações tratadas pelas Partes em razão deste Contrato em qualquer forma tangível ou intangível, ou que pessoalmente identifiquem ou tornem identificáveis quaisquer dos seus empregados, clientes, agentes, usuários finais, fornecedores, contatos ou representantes , (ii)"Dados Pessoais Sensíveis" são dados que dispõem sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, ou dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural, e (iii) "Tratamento" significa toda operação realizada com Dados Pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

17.3. As partes somente poderão tratar Dados Pessoais, comuns ou sensíveis, a fim de cumprir suas obrigações com base no objeto do Contrato, jamais para qualquer outro propósito, sendo responsabilizada perante a outra quando deixar de observar de forma deliberada ou por incapacidade técnica os princípios descritos.

17.4. As partes concordam que o desenvolvimento do objeto do presente contrato, observará, no que concerne ao compartilhamento de dados pessoais, que o consentimento no fornecimento de dados e posterior compartilhamento deverá ser livre, informado e inequívoco, observando-se estritamente a finalidade proposta.

17.4.1. Caso a **UNIODONTO** tomar ciência sobre o processamento de informações de crianças e adolescentes sem o devido consentimento dos pais ou responsáveis legais, se reserva o direito de apagá-las.

17.5. As Partes asseguram que, caso os Dados Pessoais sejam tratados por terceiros (incluindo subcontratados, credenciados, prestadores de serviços, agentes autorizados, filiadas, coligadas, subsidiárias, controladora, controladas, dentre outros), esses: (i) estão obrigados a ter o mesmo nível de proteção aos Dados Pessoais estabelecidos neste Contrato e (ii) somente poderão realizar o tratamento para atender a(s) finalidade(s) para a(s) qual(is) o dado foi originalmente coletado e/ou compartilhado. De qualquer forma, as Partes, independentemente de estarem na condição de operador ou controlador, serão responsáveis, no limite disposto pela legislação aplicável, pelas ações e omissões realizadas por tais terceiros relativas ao Tratamento dos Dados Pessoais.

17.5.1. As partes se certificarão que as pessoas autorizadas a tratar os Dados Pessoais assumam um compromisso de confidencialidade ou estejam sujeitas a adequadas obrigações legais de confidencialidade.

17.6. É expressamente proibido remover, copiar, transferir ou de outra forma extrair Dados Pessoais (simples ou sensíveis) para plataformas externas à originalmente utilizada, comprometendo-se as Partes a garantir que seus diretores, funcionários e colaboradores cumpram com tal restrição, salvo por acordo escrito entre as Partes, hipótese na qual será requerida a apresentação de garantias suficientes que os Dados Pessoais extraídos sejam utilizados dentro das finalidades expressas neste Contrato e nos demais instrumentos aplicáveis à operação, e de que a extração ou interconexão pretendida atenda aos critérios mínimos de segurança e confiabilidade estabelecidos pela Parte que compartilhou os dados.

17.7. As PARTES se comprometem perante os titulares dos dados, salvo impedimento legal, a salvaguardar os direitos destes de acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação ou eliminação, à limitação do tratamento, ao direito de se opor ao tratamento e à portabilidade dos dados.

17.7.1**.** As Partes se comprometem ainda a se auxiliarem no atendimento das requisições realizadas por titulares de dados, providenciando, no prazo de 15 dias: (i) a confirmação da existência do Tratamento; (ii) o acesso aos Dados Pessoais tratados; (iii) a correção dos Dados Pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; (iv) a anonimização, o bloqueio ou a eliminação dos Dados Pessoais; (v) a portabilidade dos Dados Pessoais; (vi) a informação sobre as entidades públicas e privadas com as quais foi realizado o compartilhamento de dados; (vii) a informação das consequências da revogação do consentimento; e (viii) a informação dos fatores que levaram a uma decisão automatizada.

17.8. As Partes serão responsáveis por salvaguardar, ainda, os direitos dos titulares de dados pessoais a ela fornecidos de retirar o consentimento do tratamento de seus dados a qualquer tempo, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no cumprimento de obrigações legais ou com base no consentimento previamente dado.

17.9**.** No que toca aos dados armazenados, as partes deverão ajustar os processos internos de governança para a proteção dos dados, devendo, na execução e utilização em seus negócios relacionados aos serviços contratados, observar a LGPD e as premissas com seus colaboradores e prestadores de serviços regularmente aceitas no tratamento dos dados obtidos dos respectivos pacientes.

17.10. As Partes deverão garantir a implementação de mecanismos de mitigação de riscos, bem como medidas de segurança apropriadas e adequadas para impedir que dados pessoais, especialmente sensíveis, sejam acidentalmente perdidos, usados ou acessados de forma não autorizada, alterados e/ou divulgados.

17.10.1**.** Quando existirem operações de Tratamento de Dados Pessoais Sensíveis, incluindo os dados relacionados à saúde e aos procedimentos realizados, a Parte envolvida deve garantir que as proteções técnicas apropriadas e aptas a manter a integridade, confidencialidade, disponibilidade e segurança destas informações sejam implementadas. As Partes concordam em realizar o Tratamento de Dados Pessoais Sensíveis apenas e quando estritamente necessário para cumprir as disposições contratuais ou obrigações legais decorrentes do presente Contrato.

17.11. No decorrer do contrato, a **UNIODONTO** poderá recusar regras de negócios definidas pela **CONTRATANTE** que visem frustrar os objetivos das normas de proteção de dados, ou mesmo proceder com serviços requeridos pela **CONTRATANTE** em contrariedade direta ou indireta à LGPD, e nesta hipótese, a **UNIODONTO** se exime de qualquer responsabilidade perante a **CONTRATANTE** ou terceiros.

17.12**.** Caso as Partes sejam destinatárias de ordem judicial ou comunicação oficial que determine o fornecimento ou divulgação de informações pessoais, deverá a Parte responsável notificar a outra Parte, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, sobre o ocorrido, para que mutuamente, oportunizem a adoção, em tempo hábil, de medidas legais para impedir ou mitigar os efeitos decorrentes da divulgação dos Dados Pessoais relacionados a esta requisição ou objetos desta.

17.12.1. A **UNIODONTO** se compromete a NÃO revelar a nenhum terceiro, exceto à ANPD, dentro das exigências trazidas em lei, sobre quaisquer incidentes de segurança sem expressa autorização da **CONTRATANTE**.

17.13. Caso alguma Parte seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados sob armazenamento, administração ou tratamento pela contraparte, fica garantido o direito de denunciação da lide, nos termos do artigo 125, II, do Código de Processo Civil.

17.13.1. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas anteriores, o Controlador será o único responsável, mediante comprovação de culpa, por eventual acesso indevido, não autorizado e/ou além dos limites da autorização, a incidente, a perda de DADOS ou qualquer outro prejuízo decorrente do TRATAMENTO de DADOS PESSOAIS ou DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS, obrigando-se a indenizar as partes prejudicadas e a ressarcir todos os danos a que der causa à contraparte, aos TITULARES de DADOS ou a terceiros, em qualquer esfera.

17.14. Findo a vigência deste instrumento e com a entrega total dos serviços contratados, a **UNIODONTO** se compromete a eliminar todos os dados pessoais e informações que teve acesso em razão da presente prestação, excetos dados necessários para atender a quaisquer requisitos legais, regulatórios, tributários, contábeis, dentre outros.

17.14.1. A eliminação de dados deve se dar por meios suficientemente seguros com exclusão de eventuais cópias internas, bem como de seus subcontratados, exceto em caso de permissão legal para armazenamento.

17.14.2. As partes também deverão encerrar imediatamente o tratamento dos dados nas hipóteses indicadas na legislação brasileira sobre proteção de dados pessoais. Neste sentido, os dados serão preservados unicamente nas hipóteses permitidas pela lei.

17.14.3. Não obstante qualquer disposição em contrário, as obrigações definidas neste Contrato, perdurarão enquanto as Partes continuarem a ter acesso, estiverem na posse, adquirirem ou realizarem qualquer operação de Tratamento aos Dados Pessoais obtidos em razão da relação contratual, mesmo que os contratos entre as Partes tenham expirado ou tenham sido rescindidos.

17.15. Para qualquer outro assunto relacionado com a Proteção de Dados Pessoais não exposto neste documento, serão aplicadas as disposições estabelecidas na legislação brasileira que regula a matéria.

## XVIII – DA ANTICORRUPÇÃO E DO COMPLIANCE

18.1. As partes declaram e se comprometem, sob as penas da lei, que:

I – Procederão de acordo com os preceitos éticos e legais previstos na legislação pátria, sobretudo em respeito à Lei nº 12.843/2023 - Lei Anticorrupção, não incidindo em nenhum ato ilícito, de corrupção, ou que possa caracterizar uma vantagem indevida na relação com os órgãos públicos nacionais ou internacionais, bem como em práticas lesivas à concorrência;

II – Respeitam e continuarão a respeitar as legislações vigentes, bem como obtêm todas as licenças exigidas para a atividade atinente ao presente contrato;

III – Não possuem em seu quadro funcional menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e nem menores de dezesseis anos em qualquer atividade, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos, nos termos da Lei nº 9.854/99, regulamentada pelo Decreto nº 4.358 de 05/09/2002, observando o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal;

IV – Não possuem em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do artigo 1º e no inciso III do artigo 5º da Constituição Federal;

IV.I – A parte que desrespeitar os incisos acima e vier a ser responsabilizada pelas autoridades, arcará sozinha com as penalidades decorrentes do ato praticado. Caso uma das partes venha a ser condenada por ato perpetrado pela outra, terá o direito de ser ressarcida das perdas, danos e prejuízos sofridos.

## XIX – DO SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

19.1. Para os fins desta cláusula, consideram-se *"Informações Confidenciais"* todos os dados, documentos, relatórios, estudos, contratos, comunicações, informações técnicas, comerciais, financeiras e operacionais, bem como os dados pessoais e sensíveis relacionados aos beneficiários do plano odontológico, revelados por qualquer das partes no curso da execução do presente contrato.

19.1.1. Não serão consideradas informações confidenciais aquelas que:

a) Já eram de conhecimento público no momento de sua divulgação;

b) Tornarem-se de domínio público de forma lícita;

c) Forem legitimamente recebidas de terceiros sem obrigação de confidencialidade; ou
d) Cuja divulgação seja exigida por força de lei, decisão judicial ou determinação de autoridade competente.

19.2. As partes comprometem-se a manter o mais absoluto sigilo sobre todas as Informações Confidenciais a que tiverem acesso em decorrência do presente contrato, não as divulgando ou utilizando para qualquer fim diverso daquele estritamente necessário para a execução das obrigações contratuais.

19.3. As partes deverão assegurar que seus empregados, prepostos, representantes, subcontratados e outros terceiros que tenham acesso às Informações Confidenciais também se obriguem a manter o sigilo, sob as mesmas condições previstas nesta cláusula.

## XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. 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.

## XXI – DA ASSINATURA ELETRÔNICA

21. As Partes declaram e concordam em utilizar e reconhecer como válida a forma de comprovação de autoria e integridade aos termos ora acordados em formato eletrônico ou físico, mesmo que não utilizem de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória n. 2.200-2/2001. A formalização deste instrumento de maneira eletrônica ou física admitida nesta cláusula será suficiente para a validade, eficácia e integral vinculação das Partes às avenças nele contidas.

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 2026.

_____
**UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL**
Fernando Jaime Cavalli
Presidente

_____
**UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL**
Danilo Rodrigues Breda
Vice - Presidente

_____
**CONTRATANTE**

_____
**CONTRATANTE**
(caso menor de idade, a partir de 16 anos completos até 17 anos e 11 meses)

TESTEMUNHAS:

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

# ANEXO I
# MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

**Operadora:** Uniodonto Mato Grosso do Sul
**CNPJ:** 03.511.888/0001-15
**Nº de Registro ANS:** 34.718-3
**Site:** www.uniodontoms.com.br
**Tel.:** (67) 3029-8040

## 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 rowspan="4">CARÊNCIA</td><td rowspan="4">É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9656/1998. 24 horas 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 cumprimentos de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td colspan="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 do 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>

**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 contração 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 a 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 existencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.6561/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência-emergência integral após 24 horas, 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 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 de Administradora de Benefícios na contratação do 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

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro - RJ - 20021-040

Disque-ANS: 0800-701-9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

| | | |
|---|---|---|
| COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA | Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (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 à CTP 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.<br>A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLPs não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo, na forma prevista pela RN° 162/2007. | **Coletivo Empresarial**<br>Com 30 participantes ou mais: 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 à pessoa jurídica contratante.<br>Com menos de 30 participantes: É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.<br>**Coletivo por Adesão**<br>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporário (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes. |
| MECANISMOS DE REGULAÇÃO | 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. | |
| REAJUSTE | Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN n° 63/2003. | 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 contato e atendendo à RN nº 63/2003. |
| ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO | Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS. | |
| VIGÊNCIA | A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática. | A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática. |
| REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO | Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por 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 50° dia de inadimplência. | Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência. |

## Perda da Condição de Beneficiário nos Planos Coletivos

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

## Direitos dos Artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos Planos Coletivos Empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um gozo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatuário, 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 novo emprego ou cargo.

Rua Antônio Maria Coelho, 1463 – Centro – CEP 79002-221 – Campo Grande/MS (67) 3029-8040
www.uniodontoms.com.br

ANS - nº 34718-3

**ANEXO II**
**GUIA DE LEITURA CONTRATUAL**

uniodonto Mato Grosso do Sul

**Operadora:** Uniodonto Mato Grosso do Sul
**CNPJ:** 03.511.888/0001-15
**Nº de Registro ANS:** 34.718-3
**Nº de Registro do Produto:** 508.189/26-1
**Site:** www.uniodontoms.com.br
**Tel.:** (67) 3029-8040

# 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. | 4 |
| *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. | 4 |
| *PADRÃO DE ACOMODAÇÃO* | Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual. | x |
| *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. | 5 |
| *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 a 11 |
| *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. | 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. | 12 |

| | | |
|---|---|---|
| *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 |
| *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. | 21 |
| *VIGÊNCIA* | Define o período em que vigorará o contrato. | 22 |
| *RESCISÃO/ SUSPENSÃO* | A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato. | 22 e 23 |
| *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. | 22 |
| *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. | X |

*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

**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