

PROPOSTA DE ADEÇÃO

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

UNIODONTO RS FEDERAÇÃO DAS UNIODONTOS DO RIO GRANDE DO SUL LTDA inscrita no CNPJ/MF sob nº 72.120.124/0001-11 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 30542-1, com sede na Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo, Porto Alegre –RS, neste ato por seu Representante Legal perante ANS, doravante denominada **CONTRATADA**.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

_____, nome, _____ nacionalidade, filho(a) de _____ e _____, nascido(a) em _____ de _____ de _____, inscrito(a) no CPF/MF nº _____ e portador(a) da cédula de identidade nº _____ expedido por _____ órgão expedidor _____, domiciliado(a) na _____ nº _____, _____ bairro _____, _____ cidade, _____ RS, **doravante denominado (a) CONTRATANTE**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL/RESPONSÁVEL FINANCEIRO

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

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

DADOS DO PLANO

Nome Comercial: UNIODONTO MAIS VOCÊ
Registro de Produto ANS nº: 486.777-20/7
Modalidade: Individual/Familiar
Segmentação: Exclusivamente Odontológica
Área de abrangência: Grupo de Municípios
Formação de Preço: () pré-estabelecido () pós-estabelecido (x) misto

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO

Água Santa	Garruchos	Redentora
Ajuricaba	Gaurama	Restinga Seca
Alecrim	Gentil	Rio dos Índios
Alegria	Getúlio Vargas	Rodeio Bonito
Alfredo Brenner	Giruá	Rolador
Almirante Tamandaré do Sul	Gramado dos Loureiros	Ronda Alta
Alto Alegre	Guabiju	Rondinha
André da Rocha	Guaporé	Roque Gonzales
Antônio Prado	Guarani das Missões	Sagrada Família
Augusto Pestana	Horizontina	Saldanha Marinho
Áurea	Humaitá	Salto do Jacuí
Barão de Cotegipe	Ibiaçá	Salvador das Missões
Barra do Guarita	Ibiraíaras	Sananduva
Barra do Rio Azul	Ibirapuitã	Santa Bárbara do Sul
Barra Funda	Ibirubá	Santa Cecília do Sul
Barracão	Ijuí	Santa Maria
Benjamin Constant do Sul	Independência	Santa Rosa
Bento Gonçalves	Inhacorá	Santa Tereza
Boa Vista das Missões	Ipê	Santa Vitória do Palmar
Boa Vista do Buricá	Ipiranga do Sul	Santana da Boa Vista
Boa Vista do Cadeado	Iraí	Santiago
Boa Vista do Incra	Itaara	Santo Ângelo
Bom Jesus	Itacurubi	Santo Antônio das Missões
Bom Progresso	Itatiba do Sul	Santo Antônio do Palma
Bossoroca	Ivorá	Santo Antônio do Planalto
Bozano	Jaboticaba	Santo Augusto
Braga	Jacuizinho	Santo Cristo
Caçapava do Sul	Jacutinga	Santo Expedito do Sul
Cacequi	Jaguari	São Borja
Cachoeira do Sul	Jari	São Domingos do Sul
Cacique Doble	Jóia	São Francisco de Assis
Caibaté	Júlio de Castilhos	São Francisco do Sul
Caiçara	Lagoa dos Três Cantos	São Gabriel
Camargo	Lagoa Vermelha	São João da Urtiga
Campestre da Serra	Lajeado do Bugre	São João do Polêsine
Campina das Missões	Liberato Salzano	São Jorge
Campinas do Sul	Machadinho	São José das Missões

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

Campo Novo	Marau	São José do Inhacorá
Campos Borges	Marcelino Ramos	São José do Ouro
Cândido Godói	Mariano Moro	São Luiz Gonzaga
Capão do Cipó	Mata	São Marcos
Carazinho	Mato Castelhano	São Martinho
Carlos Barbosa	Mato Queimado	São Martinho da Serra
Carlos Gomes	Mauricio Cardoso	São Miguel das Missões
Casca	Maximiliano de Almeida	São Nicolau
Catuípe	Miraguaí	São Paulo das Missões
Caxias do Sul	Montauri	São Pedro do Butiá
Centenário	Monte Alegre dos Campos	São Pedro do Sul
Cerro Grande	Monte Belo do Sul	São Sepé
Cerro Largo	Monte Belo do Sul	São Valentim
Chapada	Mormaço	São Valentim do Sul
Charrua	Muitos Capões	São Valério do Sul
Chiapetta	Muliterno	São Vendelino
Ciríaco	Não-Me-Toque	São Vicente do Sul
Colorado	Nicolau Vergueiro	Sarandi
Condor	Nonoai	Seberi
Constantina	Nova Alvorada	Sede Nova
Coqueiros do Sul	Nova Araçá	Selbach
Coronel Barros	Nova Bassano	Senador Salgado Filho
Coronel Bicaco	Nova Boa Vista	Serafina Corrêa
Coronel Pilar	Nova Candelária	Sertão
Cotiporã	Nova Esperança do Sul	Sete de Setembro
Coxilha	Nova Pádua	Severiano de Almeida
Crissiumal	Nova Palma	Silveira Martins
Cristal do Sul	Nova Petrópolis	Soledade
Cruz Alta	Nova Prata	Tapejara
Cruzaltense	Nova Ramada	Tapera
David Canabarro	Nova Roma do Sul	Taquaruçu do Sul
Derrubadas	Novo Barreiro	Tenente Portela
Dezesseis de Novembro	Novo Cabrais	Tio Hugo
Dilermando de Aguiar	Novo Machado	Tiradentes do Sul
Dois Irmãos das Missões	Novo Tiradentes	Toropi
Dona Francisca	Novo Xingu	Três Arroios
Doutor Maurício Cardoso	Paim Filho	Três de Maio
Engenho Velho	Palmeira das Missões	Três Palmeiras
Entre Rios do Sul	Palmitinho	Três Passos

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

Entre-Ijuís	Panambi	Trindade do Sul
Erebango	Paraí	Tucunduva
Erechim	Paraíso do Sul	Tupanci do Sul
Ernestina	Passo Fundo	Tupanciretã
Erval Grande	Paulo Bento	Tuparendi
Erval Seco	Pejuçara	Ubiretama
Esmeralda	Picada Café	União da Serra
Esperança do Sul	Pinhal Grande	Unistalda
Espumoso	Pinheirinho do Vale	Vacaria
Estação	Pirapó	Vanini
Eugênio de Castro	Planalto	Veranópolis
Fagundes Varela	Pontão	Viadutos
Farroupilha	Ponte Preta	Vicente Dutra
Faxinal do Soturno	Porto Lucena	Victor Graeff
Faxinalzinho	Porto Mauá	Vila Flores
Flores da Cunha	Porto Vera Cruz	Vila Lângaro
Florianópolis	Porto Xavier	Vila Maria
Fontoura Xavier	Protásio Alves	Vila Nova do Sul
Formigueiro	Quatro Irmãos	Vista Alegre
Fortaleza dos Valos	Quatro Irmãos	Vista Alegre do Prata
Frederico Westphalen	Quevedos	Vista Gaúcha
Garibaldi	Quinze de Novembro	Vitória das Missões

DADOS DE PAGAMENTO

Mensalidade Titular e Dependentes:

Valor para 1 pessoa R\$ 65,90 (por pessoa)

Valor para 2 pessoas R\$ 62,90 (por pessoa)

Valor para 3 pessoas ou mais R\$ 60,90 (por pessoa)

Formas de pagamento: () débito () crédito

DECLARAÇÕES DO CONTRATANTE

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

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

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

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

Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica
Produto nº 486.777-20/7
INDIVIDUAL/FAMILIAR
PLANO MISTO

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 misto de pagamento (Plano Misto) , ou seja, de custo financeiro pré-determinado (contraprestação) e pós pagamento, para garantir a execução dos atos odontológicos cobertos por este contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

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

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

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

- a) o cônjuge;
- b) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) os filhos;

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

- d) os enteados;
- e) o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o tutelado;
- h) os pais do titular

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A cobertura compreende os procedimentos exclusivamente odontológicos, listados no parágrafo 10.2 e 10.2.1, realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), específicos da segmentação odontológica, e suas atualizações.

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

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

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Não estão cobertos pelo plano:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) quaisquer serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, excetuando apenas os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos cobertos passíveis de serem executados em consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; estão excluídas da cobertura as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de anestesiistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados ou credenciados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou credenciados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- j) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- k) procedimentos com finalidade estética.
- l) Os procedimentos, mesmo aqueles que não previstos nesta cláusula, quando não forem garantidos pela legislação que rege os planos de saúde, e de cobertura exclusivamente odontológica.

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

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

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

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

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

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

6.2. Os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:

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

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

Endodontia	180 dias	180 dias
Cirurgia	180 dias	180 dias
Prótese	180 dias	180 dias

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

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

VIII – REGRAS DE REEMBOLSO

8.1 Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste contrato bem como dos dispositivos legais vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, das despesas efetuadas pelos BENEFICIÁRIOS do plano, com a assistência odontológica prevista no presente instrumento, em função de:

- a) Indisponibilidade de rede cooperada;
- b) Inexistência de rede cooperada;
- c) Situações de urgência ou emergência em que não foi possível buscar a rede cooperada mais próxima.

8.2 **INDISPONIBILIDADE:** Para os atendimentos de caráter **eletivo**, nas situações de indisponibilidade de prestador cooperado ou não, no município demandado, ou nos municípios limítrofes, será garantido o transporte para local apto a realizar o atendimento, e, somente na impossibilidade das hipóteses acima, **o reembolso será conforme tabela própria paga a rede cooperada Uniodonto.**

8.3 **INEXISTÊNCIA:** Para os atendimentos de caráter **eletivo**, nas situações de inexistência de prestador cooperado 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, **o reembolso será conforme tabela própria paga a rede cooperada Uniodonto.**

8.4 **URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA:** A urgência ou a emergência deverá ser comprovada, mediante apresentação de laudo emitido pelo cirurgião dentista, com os esclarecimentos e motivos que comprovem a situação de urgência ou emergência do atendimento. Situações em que não restar comprovada a urgência ou emergência, **NÃO SERÁ PAGO.**

8.5 **Nas situações de atendimento eletivo, em que o beneficiário não procurar a operadora para ter acesso ao prestador de saúde, seja ele cooperado ou não, o reembolso NÃO SERÁ PAGO.**

8.6 Nas situações em que o beneficiário buscar atendimento fora da área de abrangência, ou com profissional não cooperado à operadora, ainda que em ambiente credenciado ao plano, **NÃO SERÁ PAGO.**

8.7 O prazo máximo para resposta da solicitação e pagamento, será de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Recibo ORIGINAL assinado pelo cirurgião dentista, 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, descrição detalhada do procedimento realizado, especificar com a codificação TUSS conforme determinação da ANS;
- b) Ou nota fiscal ORIGINAL: descrição detalhada do procedimento realizado e especificar com a codificação TUSS conforme determinação da ANS;
- c) Laudo do cirurgião dentista assistente justificando o atendimento de urgência, quando for o caso;
- d) Os documentos deverão ser encaminhados pelos beneficiários, por e-mail, para os seguintes endereços: **autorização01@uniodonto-rs.com.br** com cópia **assessoria_cooperado@uniodonto-rs.com.br**

8.8 A documentação incompleta não cumpre os requisitos para fins de observação do prazo indicado.

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

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cartão de Identificação

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

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

Divulgação da Rede

9.2. A relação da rede prestadora da UNIODONTO pode ser obtida através da *Internet* no endereço <http://www.uniodonto-rs.com.br>, informando a relação de seus prestadores, bem como os respectivos endereços, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

9.3 A UNIODONTO dispõe de Aplicativo no *Play Store* e *Apple Store*, em ambos deve ser localizado como UNIODONTO RS. Facilidades do aplicativo, *cartão digital, extrato de procedimentos realizados, pesquisa de dentistas, atualização de dados pessoais.*

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

Acesso à cobertura

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

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

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

Auditoria

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

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

Divergência Odontológica

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

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é:

Mensalidade Titular e Dependentes:

Valor para 1 pessoa R\$ 65,90 (por pessoa)

Valor para 2 pessoas R\$ 62,90 (por pessoa)

Valor para 3 pessoas ou mais R\$ 60,90 (por pessoa)

Formas de pagamento: () débito () crédito

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

10.2 Os procedimentos abaixo listados terão cobertura em regime de PRÉ PAGAMENTO sendo eles:

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	U.S.O	REGIME DE PAGAMENTO	CARENCIA
CONSULTA				
81000030	Consulta odontológica	57	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
81000065	Consulta Odontológica Inicial	57	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
81000049	Consulta odontológica de Urgência	74	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	179	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA				
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85100048	Colagem de fragmentos dentários	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85300080	Pericoronarite	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85200034	Pulpectomia	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
82001251	Reimplante dentário com contenção	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85100013	Capeamento Pulpar Direto	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
82001650	Tratamento de alveolite	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
85100056	Tratamento de Odontalgia Aguda	20	PRE PAGAMENTO	24 HORAS
RADIOLOGIA				

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	270	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
81000421	Radiografia periapical (RMSD,RPSD,RCSD,RIS,RCSE,RPSE,RMSE - RMID,RPID,RCID,RII,RCIE,RPIE,RMIE)	30	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing (RMD, RPD,RME,RPE)	30	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
81000383	Radiografia Oclusal	128	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	162	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
PREVENÇÃO + ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL/ATIVIDADE EDUCATIVA				
84000090	Aplicação tópica de flúor	80	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	100	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	100	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	100	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	40	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
84000198	Profilaxia: polimento coronário	70	PRE PAGAMENTO	30 DIAS
ODONTOPEDIATRIA				
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	133	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
84000031	Aplicação de carióstático	120	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	87	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	50	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
81000014	Condicionamento em Odontologia	80	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
83000089	Exodontia simples de decíduo	87	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
84000201	Remineralização	80	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	101	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	101	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	101	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	101	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	230	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
DENTÍSTICA				
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	235	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	284	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	96	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	142	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	194	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	96	PRE PAGAMENTO	90 DIAS

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	142	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	194	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	284	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85000135	Restauração atraumática de dente decíduo	0	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85100080	Restauração atraumática de dente permanente	0	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
ENDODONTIA				
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	163	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85400505	Remoção de trabalho protético	134	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	726	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	1049	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	523	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	440	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	560	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	800	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
PERIODONTIA				
82000212	Aumento de coroa clínica	340	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85300012	Dessensibilização dentária	12	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
82000921	Gengivectomia	335	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
82000948	Gengivoplastia	335	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
82001073	Odonto-seção	450	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85300047	Raspagem supra-gengival (por S)	25	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular (por S)	100	PRE PAGAMENTO	90 DIAS
PRÓTESE				
85400076	Coroa provisória com pino	350	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85400084	Coroa provisória sem pino	350	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85400149	Coroa total metálica	935	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85400211	Núcleo de preenchimento	220	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85400220	Núcleo metálico fundido	369	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85200026	Preparo para núcleo Intrarradicular	100	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
85400262	Pino pré fabricado	220	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
CIRURGIA				
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	250	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82000816	Exodontia a retalho	125	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82000859	Exodontia de raiz residual	125	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82000875	Exodontia simples de permanente	125	PRE PAGAMENTO	180 DIAS

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

82000883	Frenulectomia labial	260	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	600	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	300	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - Sem reconstrução	600	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	600	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82001707	Ulectomia	127	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82001715	Ulotomia	156	PRE PAGAMENTO	180 DIAS
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	289	PRE PAGAMENTO	180 DIAS

10.2.1 Os procedimentos abaixo listados terão cobertura em regime de PÓS-PAGAMENTO mediante autorização e pagamento antecipado junto a Uniodonto-RS Federação, sendo eles:

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	USO	REGIME DE PAGAMENTO	CARENCIA
CONSULTA				
82000700	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica.	250	POS PAGAMENTO	30 DIAS
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA				
85200042	Pulpotomia	20	POS PAGAMENTO	24 HORAS
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	200	POS PAGAMENTO	24 HORAS
82001308	Remoção de dreno extra-oral.	200	POS PAGAMENTO	24 HORAS
82001316	Remoção de dreno intra-oral	200	POS PAGAMENTO	24 HORAS
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	150	POS PAGAMENTO	24 HORAS
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO				
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	250	POS PAGAMENTO	30 DIAS
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	250	POS PAGAMENTO	30 DIAS
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	250	POS PAGAMENTO	30 DIAS
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	250	POS PAGAMENTO	30 DIAS
84000244	Teste de fluxo salivar	522	POS PAGAMENTO	30 DIAS
84000252	Teste de PH salivar	150	POS PAGAMENTO	30 DIAS

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	200	POS PAGAMENTO	30 DIAS
PREVENÇÃO + ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL/ATIVIDADE EDUCATIVA				
85300055	Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme (Placa Bacteriana)	100	POS PAGAMENTO	30 DIAS
ODONTOPEDIATRIA				
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	80	POS PAGAMENTO	90 DIAS
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	230	POS PAGAMENTO	90 DIAS
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	230	POS PAGAMENTO	90 DIAS
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	230	POS PAGAMENTO	90 DIAS
87000059	Coroa de aço em dente permanente	230	POS PAGAMENTO	90 DIAS
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	230	POS PAGAMENTO	90 DIAS
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	230	POS PAGAMENTO	90 DIAS
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	185	POS PAGAMENTO	90 DIAS
DENTÍSTICA				
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	120	POS PAGAMENTO	90 DIAS
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	220	POS PAGAMENTO	90 DIAS
ENDODONTIA				
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	134	POS PAGAMENTO	180 DIAS
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	309	POS PAGAMENTO	180 DIAS
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	169	POS PAGAMENTO	180 DIAS
PERIODONTIA				
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	590	POS PAGAMENTO	90 DIAS
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	567	POS PAGAMENTO	90 DIAS
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	350	POS PAGAMENTO	90 DIAS
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	350	POS PAGAMENTO	90 DIAS
82000557	Cunha proximal	300	POS PAGAMENTO	90 DIAS
82000662	Enxerto gengival livre	570	POS PAGAMENTO	90 DIAS
82000689	Enxerto pediculado	570	POS PAGAMENTO	90 DIAS
82001685	Tunelização	340	POS PAGAMENTO	90 DIAS
PRÓTESE				
85400114	Coroa total em cerômero	1260	POS PAGAMENTO	180 DIAS
85400556	Restauração metálica fundida	935	POS PAGAMENTO	180 DIAS
85400475	Reembasamento de Coroa Provisória	120	POS PAGAMENTO	180 DIAS
CIRURGIA				
82000034	Alveoloplastia	262	POS PAGAMENTO	180 DIAS

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	593	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	524	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	701	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	627	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	502	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	439	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000190	Aprofundamento/aumento de vestíbulo	330	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000239	Biópsia de boca	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000247	Biópsia de glândula salivar	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000255	Biópsia de lábio	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000263	Biópsia de língua	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000271	Biópsia de mandíbula	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000280	Biópsia de maxila	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000298	Bridectomia	260	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000301	Bridotomia	260	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	423	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	489	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	327	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000395	Cirurgia para torus palatino	423	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	380	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	250	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000808	Exérese ou excisão de ranula	380	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	125	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000891	Frenulectomia lingual	260	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000905	Frenulotomia labial	260	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82000913	Frenulotomia lingual	260	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	330	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	510	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	266	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001367	Remoção de Odontoma	600	POS PAGAMENTO	180 DIAS

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

82001391	Retirada de corpo estranho orontral ou oronasal da região buco-maxilo-facial	600	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	600	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	250	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	600	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	600	POS PAGAMENTO	180 DIAS
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	289	POS PAGAMENTO	180 DIAS

10.3. O valor da U.S.O R\$ 0,50 (cinquenta centavos), que deverá ser multiplicado pela U.S.O (unidade de serviço odontológico) acima descrita.

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

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

10.5. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

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

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

10.5.2. Os procedimentos realizados em regime de pós pagamento deverão ser acordados previamente com a Uniodonto.

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

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

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

10.6.2. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO, ou através do site <http://www.uniodonto-rs.com.br>, para que não se sujeite às consequências da mora.

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

10.8. Os atendimentos serão suspensos em caso de falta de pagamento a partir do 16 º dia de atraso do pagamento da fatura.

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

XI - REAJUSTE

11.1. Os valores da contraprestação, bem como o valor da U.S.O. serão preestabelecida e serão reajustados anualmente no mês de dezembro pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado, da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV).

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

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

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

XII - FAIXAS ETÁRIAS

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

XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

Exclusão

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

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

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

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

13.3. A efetivação da exclusão se opera:

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

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

13.3.2. Cessa a responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos a partir da efetivação da exclusão.

XIV - RESCISÃO

Denúncia

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

14.1.1. A CONTRATANTE que solicitar exclusão no prazo de até 90 dias de utilização do plano, caso o associado ou seu dependente tenham utilizado o plano, os custos serão arcados integralmente pela CONTRATANTE, além da multa de 20% prevista nos art. 14.1.

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

14.2.1 Os valores dos gastos referidos na cláusula anterior serão apurados pela Tabela de Referência vigente.

14.2.2 Não se aplica a multa prevista nesta cláusula se, em razão da perda da condição de dependente, houver a celebração de novo contrato do excluído com a UNIODONTO.

14.3. Ocorrendo prejuízo superior ao da multa acima fixada, poderá a UNIODONTO exigir a diferença entre o total dos gastos odontológicos efetuados com beneficiário e o montante arrecadado a título de mensalidades e da própria multa acima (ou seja, indenização = gastos – mensalidades – multa contratual), quando maior que zero.

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

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

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

Rescisão

14.4. Será considerado rescindido este contrato:

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

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

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

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

Disposições Comuns

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

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

XV – DO CONSENTIMENTO COM O TRATAMENTO DE DADOS

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

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

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

XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

16. Considera-se fraude para efeito deste contrato:

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

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

16.2. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

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

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

- a) para obter atendimento, mesmo que na forma UNIODONTO, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato;

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

- b) em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

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

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

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

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

16.11. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a UNIODONTO a:

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

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

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

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

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

XVII - ELEIÇÃO DE FORO

17.1. 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.

_____ Cidade, _____ de _____ de 20__.

Rua Quintino Bandeira nº64, 1º andar, Edifício Sampaio, Bairro São Geraldo,
CEP 90.220-050 – Porto Alegre-RS

www.uniodonto-rs.com.br

Contatos: (51) 3225-7671 e WhatsApp (51) 98146-0558

E-mail: uniodontors@uniodonto-rs.com.br

(CONTRATANTE)

(CONTRATADA)

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: