

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO N° _____

Qualificação da operadora

UNIODONTO ARARAQUARA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 65.442.162/0001-25 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 31.699-7, com sede na Rua Voluntários da Pátria nº 1947, Araraquara, SP, neste ato representado por seu Presidente, Dr. Gustavo Loria Leoni, e seu Diretor De Operações, Luís Henrique Rodrigues dos Santos.

Qualificação do Contratante

CONTRATANTE BENEFICIÁRIO.....

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 porEstado Civil....., domiciliado (a)
na.....nº.....,Bairro.....,Cep.....,cida
de.....UF.....Tel.....e-mail.....,
doravante denominado (a) CONTRATANTE.

Dependentes

Nome	Nascimento	Parentesco	Nome da Mãe

Dados do Representante legal

Relação com o contratante: () Pai () Mãe () Tutor () Curador

Nome:

Nº do CPF:

Nº identidade: **Órgão expedidor:**

Endereço: **Bairro:**

Cidade: **Estado:**

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

Nome comercial e nº de registro do plano na ANS

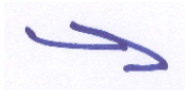
Nome Comercial: **Orto Plus**
Registro de Produto ANS nº: **483.907/19-2**

Tipo de Contratação

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

Segmentação assistencial do plano de saúde

EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA



Área geográfica de abrangência do plano de saúde

GRUPO DE MUNICÍPIOS

Área de atuação do plano de saúde

Américo Brasiliense, Araraquara, Dobrada, Gavião Peixoto, Ibitinga, Itápolis, Matão, Nova Europa, Santa Lúcia e Tabatinga, todos no Estado de São Paulo.

Formação do Preço

Regime Misto de Pagamento

Serviços e Coberturas Adicionais

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

Preço

Inscrição (por beneficiário inscrito)	R\$ 19,00
Mensalidade (por beneficiário inscrito)	R\$ 123,00

Cobertura em pós-pagamento | Tabela Anexo I

Vencimento

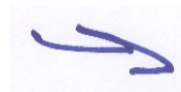
Dia(.....) de cada mês.

Valor de Emissão de 2ª Via de Cartão de Identificação

Valor de Emissão de 2ª Via de Cartão de Identificação: R\$ 5,00 (cinco reais)

Valores Máximos de Reembolso de Urgência/Emergência

Código	Procedimento	Dias úteis das 8:00 às 18:00 horas	Horário Noturno e aos Sábados, Domingos e Feriados
8100049	Consulta odontológica de Urgência	R\$ 32,38	R\$ 55,26
8100057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82001650	Tratamento de alveolite	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85100048	Colagem de fragmentos dentários	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 32,38	R\$ 55,26



82001308	Remoção de dreno extra-oral	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82001316	Remoção de dreno intra-oral	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82001251	Reimplante dentário com contenção	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	R\$ 32,38	R\$ 55,26
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85200034	Pulpectomia	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85200042	Pulpotomia	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85300080	Pericoronarite	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85100056	Tratamento odontalgia aguda	R\$ 32,38	R\$ 55,26
85100013	Capecamento pulpar direto excluindo restauração final	R\$ 32,38	R\$ 55,26

Declarações do Contratante

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

O CONRTATANTE declara que foi oferecido um plano com cobertura mínima contemplando todo o rol de procedimentos odontológicos definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o regime de pré-pagamento, mas que por conveniência resolveu optar por este de regime misto de pagamento.

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 a rede prestadora e demais anexos citados no contrato.

O CONTRATANTE declara-se ciente de que será submetido, sem ônus, a exame clínico a ser realizado por profissional do quadro da UNIODONTO, inclusive com uso de imagem, autorizando a UNIODONTO, tanto no exame clínico como em qualquer tratamento, a arquivar e acessar imagens fotográficas, bem como quaisquer outros exames radiográficos e filmagens bucais, referentes à minha pessoa e meus dependentes menores de idade ou que não tenham condições de expressar sua vontade, que serão inseridas no Banco de Imagens disponibilizado no site da UNIODONTO para acesso restrito de seus cirurgiões-dentistas, para fins diagnósticos, de auditoria e de evolução do quadro clínico, respeitado o sigilo odontológico.

Termo de Consentimento para Tratamento de Dados (para si e para seus dependentes menores de idade)

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais (e para seus dependentes menores de idade) para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao manifestar sua aceitação para com o presente termo, o Titular consente e concorda que a UNIODONTO doravante denominada Controladora, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, ou dados necessários à fruição de serviços ofertados pela Uniodonto, bem como realize o tratamento de tais dados, envolvendo operações 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.

Dados Pessoais

A Controladora fica autorizada a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do Titular:

- Nome completo;
- Filiação
- Data de nascimento;
- Número e imagem da Carteira de Identidade (RG);
- Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- Número e imagem da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- Fotografia 3x4;
- Estado civil;
- Endereço completo;
- Dados Profissionais
- Números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail;
- Nome de usuário e senha específicos para uso dos serviços do Controlador;
- Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador.

Finalidades do Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados pessoais listados neste termo tem as seguintes finalidades:

- Possibilitar que a Controladora identifique e entre em contato com o Titular para fins de relacionamento comercial.
- Possibilitar que a Controladora elabore contratos comerciais e emita cobranças contra o Titular.
- Possibilitar que a Controladora envie ou forneça ao Titular seus produtos e serviços, de forma remunerada ou gratuita.
- Possibilitar que a Controladora estruture, teste, promova e faça propaganda de produtos e serviços, personalizados ou não ao perfil do Titular.
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados em Pesquisas de Mercado;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados na realização de auditorias odontológicas e de enfermagem, análises epidemiológicas; juntas odontológicas, segunda opinião;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados para preenchimento de documentos padronizados de trocas de informações com prestadores e com a Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados na elaboração de relatórios e emissão de produtos e serviços;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados para envio de informações periódicas obrigatórias à ANS;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados emissão de Notas Fiscais e documentos financeiros correlatos;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados para facilitar a prestação de serviços diversos além dos primariamente contratados, desde que o cliente também demonstre interesse em contratar novos serviços;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados para manter banco de dados para facilitar contatos futuros;
- Possibilitar que a Controladora realize convênios com farmácias para obtenção de desconto em favor do titular.

Compartilhamento de Dados

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, e para a efetiva prestação dos serviços ora contratados, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709.

Handwritten signature and arrow pointing to the right.

Segurança dos Dados

A Controladora responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, a Controladora comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao Titular.

Término do Tratamento dos Dados

A Controladora poderá manter e tratar os dados pessoais do Titular durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas neste termo e para a prestação dos serviços, enquanto vigente o contrato. Dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação ao indivíduo, poderão ser mantidos por período indefinido.

O Titular poderá solicitar via e-mail ou correspondência à Controladora, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais não anonimizados do Titular. O Titular fica ciente de que será inviável à Controladora continuar o fornecimento de produtos e serviços ao Titular a partir da eliminação dos dados pessoais.

Direitos do Titular

O Titular tem direito a obter da Controladora, em relação aos dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição: I - confirmação da existência de tratamento; II - acesso aos dados; III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709; VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX - revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

Direito de Revogação do Consentimento

Este consentimento poderá ser revogado pelo Titular, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência à Controladora.

Araraquara, ____ de _____ de 2021.

Titular dos dados : _____

CONTRATANTE:.....



UNIODONTO ARARAQUARA
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
GUSTAVO LORIA LEONI
PRESIDENTE
RG 19.813.564-6 CPF 084.859.148-80



UNIODONTO ARARAQUARA
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
LUIS HENRIQUE R. DOS SANTOS
DIRETOR DE OPERAÇÕES
RG 9.149.966-5 CPF 058.879.428-78

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

CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO

Registro de Operadora ANS nº 31.699-7

Registro de Produto ANS nº 483.907/19-2

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 regime misto de pagamento, ou seja, parte dos procedimentos estará coberta por valor fixo e o restante dos procedimentos pelo regime de pós-pagamento, de acordo com a utilização.

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 solteiros;
- d) os enteados solteiros;
- e) o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o tutelado;
- f) os netos e bisnetos;
- g) os irmãos;
- h) os pais, os avós e os bisavós;
- i) os tios e os sobrinhos;
- j) os sogros;
- k) os genros e as noras;
- l) os cunhados;
- m) os padrastos e as madrastas.

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

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

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

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

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

- a) do nascimento, da adoção, da decisão judicial que fixar a guarda ou conceder a tutela;



- b) do casamento;
- c) do início da união estável.

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

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

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

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

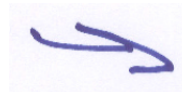
3.1. A cobertura compreende os **procedimentos exclusivamente odontológicos** realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados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

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

3.1.2 **Estão cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento), conforme Resolução Normativa nº 59/2003, os seguintes atos odontológicos:**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

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



- Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica
- Consulta Odontológica Inicial
- Consulta Odontológica para avaliação técnica de auditoria
- Evidenciação de Placa Bacteriana

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação Tópica de Flúor
- Orientação de Higiene Bucal
- Profilaxia: Polimento Coronário

3.1.2.1 Estão cobertos, ainda, pelo regime de pré-pagamento os procedimentos da especialidade de ortodontia previstos abaixo:

ORTODONTIA CORRETIVA/PREVENTIVA

- Aparelho Corretivo Metálico Convencional/Aparelho Preventivo, exceto perda ou quebra do aparelho, peças danificadas, perdidas ou inutilizadas.
- Análise do caso
- Consultas e Manutenção Ortodôntica
- Instalação de Aparelhos Ortodônticos Metálicos Fixos Parciais
- Placa de Contenção Final
- Remoção de Aparelhos Ortodônticos Metálicos
- Documentação Tipo I + Consulta
- Manutenção – Mês subsequente ao pedido da documentação.

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

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

CONDICIONAMENTO

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

EXAMES

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

RADIOLOGIA

- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico/Periapical Completo)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal



- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

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

DENTÍSTICA

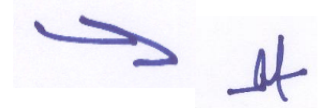
- Adequação do Meio Bucal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

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

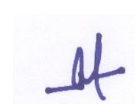
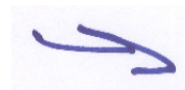
ENDODONTIA

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



CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia Exostose Maxilar
- Cirurgia para Torus Mandibular
- Cirurgia para Torus Palatino
- Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese de Rânula ou Mucocele
- Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- Exérese ou Excisão de Mucocele
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenulotomia Labial
- Frenotomia/ Frenulotomia Lingual
- Frenulectomia Labial
- Frenulectomia Lingual
- Plastia de Ducto Salivar ou Exérese de Cálculo ou de Rânula Salivar
- Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial
- Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Inclusos/Impactados
- Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados
- Remoção de Odontoma
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasal
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusal
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial



- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia
- Ulotomia

PRÓTESE

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

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

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

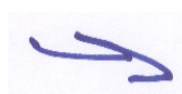
4.1. Não estão cobertos pelo plano:

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

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) 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	60 dias
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	60 dias
Ortodontia	180 dias	60 dias

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

6.2.2. 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 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

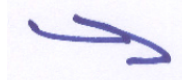
8.1.1. Os procedimentos de urgência/emergência são os previstos no rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

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

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

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

- requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o reembolso;
- orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- 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),



12

acusando o recebimento dos valores combinados.

d) recibo individualizado por procedimento, assinado pelo cirurgião-dentista assistente.

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

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cartão de Identificação

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

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

Divulgação da Rede

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

9.2.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço <http://www.uniodontoararaquara.com.br>

Acesso à cobertura

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

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

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


Auditoria

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

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

Da Divergência Técnico-Assistencial

9.6 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, nos termos da Resolução Normativa nº 424/2017.



X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

10.2. **O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes inscritos neste contrato, obriga-se a pagar à UNIODONTO pelos procedimentos cobertos pelo regime de pré-pagamento a inscrição e a mensalidade nos valores descritos na proposta de adesão.**

10.3. **Pela utilização dos serviços postos à disposição dos beneficiários (procedimentos em regime de pós-pagamento), o CONTRATANTE pagará a totalidade de seu custo, nos valores constantes na tabela referencial (anexo I).**

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

10.4. **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 contraprestação fixa mensal, no ato da contratação e nos anos posteriores na mesma data de celebração do contrato;
- c) dos valores previstos na tabela referencial (anexo I), relativos aos procedimentos cobertos em pós-pagamento, no ato da aprovação dos tratamentos.

10.6. Os valores contratuais serão pagos até seus respectivos vencimentos na sede da UNIODONTO, em moeda corrente e à vista, podendo ser adotada a cobrança para pagamento na rede bancária.

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.

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 para que não se sujeite às conseqüências da mora.

10.7. **Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores contratados, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, 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, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.**

10.8. **O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE, seu representante ou assistente, quando for o caso, em cadastro de restrição ao crédito.**

XI - REAJUSTE

PRE-ESTABELECIDO

11.1. Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação do Índice de Preços ao Consumido do Setor Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC-Saúde/FIPE), ou pelo índice que venha a substituí-lo.

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

11.2. Fica estabelecido que os valores das contraprestações relativos à posterior inclusão de beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário.

PÓS-ESTABELECIDO

11.3. A tabela de preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento, integrante deste contrato, será reajustada no mês de junho de cada ano, de acordo com a variação de custo dos procedimentos e materiais.

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

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

11.3.3. Fica estabelecido que os valores dos atos em pós-pagamento relativos à posterior inclusão de beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data base acima descrita, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário.

COMUNICAÇÃO À ANS

11.4. Os reajustes serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

XII - FAIXAS ETÁRIAS

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

XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Exclusão

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

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

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

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

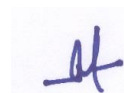
13.3. A efetivação da exclusão se opera:

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

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

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

Penalidade por Exclusão Antecipada



13.4. Tratando-se de contratação familiar, se a exclusão do dependente ocorrer antes de completados 12 (doze) meses de sua inclusão, o CONTRATANTE pagará multa pecuniária equivalente a 20 % (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado.
13.4.1. A multa não será devida em caso falecimento ou exclusão pela UNIODONTO por perda da condição de dependente.

XIV - RESCISÃO

Denúncia

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

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

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

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

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

Rescisão

14.4. Será considerado rescindido este contrato:

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

b) ocorrendo fraude comprovada.

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

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

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

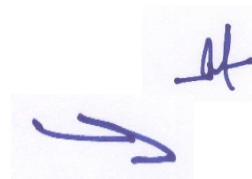
14.6. A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos cessa no último dia do prazo da notificação de rescisão.

Disposições Comuns

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

XV - DISPOSIÇÕES GERAIS

Das Definições

Handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'H' and a horizontal line. Below the signature is a blue arrow pointing to the right.

15.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

II - BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependente.

III – CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

IV- CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

V – COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

VI- CONSULTA: é o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.

VII - CONTRATANTE: é a pessoa física (qualificada na proposta de adesão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica para si e seus dependentes.

VIII – CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, denominada no contrato como UNIODONTO, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus cirurgiões-dentistas cooperados.

IX - CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.

X – CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigo; amasiado; companheiro.

XI – COOPERADO: é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho odontológico, existentes no Sistema Nacional UNIODONTO.

XII – INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

XIII- MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à UNIODONTO, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade; contraprestação.

XIV – PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

XV – PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

XVI – SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as UNIODONTOS, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

XVII – TABELA DE REFERÊNCIA OU REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde. Esta tabela está registrada no 1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de Araraquara, sob o nº 62.118.

XVIII – UNIODONTO: é uma cooperativa de cirurgiões-dentistas, regida pelos artigos 1093 a 1096 do Código Civil e pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida pelos próprios odontólogos.

Das Outras Disposições

15.2. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores etc.

15.3. A UNIODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores.

Handwritten signature and arrow pointing to the right.

15.4. Considera-se fraude para efeito deste contrato:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

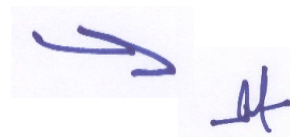
15.11.1. Ficam desde já autorizadas que as informações de que trata o item “b” desta cláusula serão prestadas pelos cirurgiões-dentistas cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados.

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

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

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

XVI - ELEIÇÃO DE FORO

A handwritten signature in blue ink, followed by a blue arrow pointing to the left.

16.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Araraquara,de.....de 2021.

CONTRATANTE:.....



UNIODONTO ARARAQUARA
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
GUSTAVO LORIA LEONI
PRESIDENTE
RG 19.813.564-6 CPF 084.859.148-80



UNIODONTO ARARAQUARA
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
LUIS HENRIQUE R. DOS SANTOS
DIRETOR DE OPERAÇÕES
RG 9.149.966-5 CPF 058.879.428-78

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTO

Recebi na presente data da UNIODONTO ARARAQUARA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, cópia autêntica do contrato firmado nesta data nº. 048_____ em dezessete folhas, rubricadas, frente e verso, do qual tenho conhecimento integral de seu conteúdo.

Araraquara, / / 2021.

Recebi, conferi e de acordo.

Nome _____ RG _____

Autorizo envio dos boletos por e-mail:()sim não() _____