

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
DA UNIODONTO DE SOROCABA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

Nº DE REGISTRO NA ANS: 334243
Nº DE REGISTRO DO NOME DO PLANO: PRODUTO NA ANS: 436.25101-9
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: PLANO "NOVA" WEB VENDAS ONLINE
SEGMENTAÇÃO: GRUPO DE MUNICÍPIOS
TIPO DE CONTRATAÇÃO: INDIVIDUAL/FAMILIAR (PESSOA FÍSICA)
CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA (Mensalidade): SISTEMA DE PRÉ-PAGAMENTO

UNIODONTO DE SOROCABA Cooperativa Odontológica, pessoa jurídica de direito privado com sede a Avenida Barão de Tatuí, 628, Jardim Vergueiro – Sorocaba – SP, inscrita no CNPJ 58.702.853/0001-55 – Inscrição Estadual no. 669.260.692.115 e no CRO-SP sob o no. 5290, aqui denominada CONTRATADA, contrata como beneficiário identificado na PROPOSTA DE ADESÃO, parte integrante deste contrato, aqui denominado CONTRATANTE, a prestação dos serviços odontológicos conforme cláusulas e condições enumeradas no presente contrato que se encontra registrado no Segundo Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoa Jurídica em 08.08.05 sob no. 00143485.

1 - OBJETO - COBERTURA

1.1. Este instrumento particular tem por objetivo a prestação de assistência odontológica através do sistema de pré-pagamento compreendendo todos os procedimentos odontológicos realizados em ambiente ambulatorial (consultório) e exclusivamente, com suporte anestésico, ou seja, por meio de anestesia local, relativos a Consulta, Urgência, Cirurgia, Dentística, Endodontia, Periodontia, Prevenção em Saúde Bucal e Radiologia, Prótese unitária (coroa) , conforme: a) rol dos procedimentos odontológicos previstos no artigo 12, inciso IV, da lei 9656 de 03.06.1998, b) dos procedimentos constantes do rol de procedimentos odontológicos editado pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época do evento.

1.2. O prazo de vigência deste contrato é de 24 meses, sendo certo que se renovará automaticamente caso o beneficiário não o denuncie por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do seu término.

1.2.1. Após prorrogado o prazo estabelecido no item 1.2., fica facultado as partes contratantes a denúncia deste contrato na forma escrita com prazo de 30 (trinta) dias de antecedência.

1.2.2. É parte integrante deste contrato a PROPOSTA DE ADESÃO.

2. SERVIÇOS COBERTOS E NÃO COBERTOS

2.1 Os atos odontológicos cobertos pelo plano, estão descritos no Anexo I deste contrato.

Parágrafo Único. Também estão cobertos os procedimentos de dentística/ restaurações com finalidade estética.

2.2. Este contrato não dá cobertura em:

- a) Despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) Despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza executados em ambiente hospitalar ou doméstico;
- c) Despesas com honorários de anestesistas (profissional médico);
- 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, exceto os casos de urgência, quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados, contratados ou



credenciados, descritos no “manual do beneficiário”, aplicativo UNIODONTO BENEFICIARIO disponível em Android e IOS ou no site www.uniodontosorocaba.com

h) Os serviços não previstos no item COBERTURA – ANEXO I.

3 – REGIME DE CONTRATAÇÃO – CARÊNCIA

3.1. Este contrato se caracteriza pela contratação individual/familiar e por livre adesão da pessoa física, com ou sem a inclusão de dependentes, podendo nesta característica ser intitulado também, como **contrato familiar**.

3.2. Para os atos cobertos em pré-pagamento, os beneficiários cumprirão os seguintes prazos máximos de carência, **conforme identificado na Proposta de Adesão, parte integrante do presente:**

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal
Urgência/Emergência	24 Horas
Diagnóstico	30 Dias
Condicionamento	30 Dias
Exame	30 Dias
Radiologia	30 Dias
Prevenção em Saúde Bucal	30 Dias
Dentística	30 Dias
Periodontia	30 Dias
Endodontia	30 Dias
Cirurgia	30 Dias
Prótese	30 Dias
Demais especialidades/procedimentos cobertos, inclusive por atualização do rol de procedimentos	30 Dias

3.2.1 A contagem da carência se inicia do pagamento da primeira mensalidade e taxa de adesão respectiva.

3.3. O período de carência será respeitado pelos beneficiários dependentes inscritos, com o mesmo critério da cláusula 3.2.

3.3.1. Não haverá carência quando ficar caracterizada a necessidade de **atendimento de urgência. Procedimento descrito no Anexo I. “urgência”**

4 – MECANISMO DE REGULAÇÃO

4.1. Independente do domicílio do BENEFICIÁRIO, o atendimento será prestado nos municípios que hoje integram a área de ação da UNIODONTO DE SOROCABA COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICO, composta pelas cidades de: Araçoiaba da Serra, Boituva, Ibiúna, Iperó, Itu, Piedade, Porto Feliz, Salto de Pirapora, Sorocaba, Itapeva, Itapetininga e Votorantim. A área de ação disposta nesta cláusula poderá sofrer alterações a qualquer tempo, independente de informação ou autorização prévia do BENEFICIÁRIO.

4.1.1. O BENEFICIÁRIO será atendido nos limites territoriais citados na cláusula 4.1. por cirurgiões dentistas cooperados pela rede própria, ou outros limites territoriais exclusivamente nos casos de urgência odontológica descritos na cláusula

4.1.2. Os endereços dos profissionais cirurgiões-dentistas cooperados figuram em relação contida no Aplicativo UNIODONTO BENEFICIARIO, no site www.uniodontosorocaba.com



4.1.3. Inexistindo cooperados para uma ou mais especialidades odontológicas cobertas em algum município, o BENEFICIÁRIO deverá buscar atendimento em outra localidade dentro da área descrita no item 4.1 deste contrato onde haja profissional cooperado especialista.

4.1.4. O BENEFICIÁRIO deverá acessar e exibir o Cartão Uniodonto através do Aplicativo UNIODONTO BENEFICIÁRIO, que o identificará perante o Sistema Nacional Uniodonto, devendo apresentá-lo juntamente com outro documento de identidade toda vez que se dirigir ao consultório do cirurgião-dentista cooperado.

4.2. Para o atendimento dos atos cobertos descrito no Anexo I do contrato, o BENEFICIÁRIO escolherá o cirurgião-dentista cooperado, marcando dia e hora para consulta, e se dirigirá ao seu consultório.

4.2.1. O cirurgião-dentista lavrará orçamento em formulário próprio dos atos odontológicos que serão realizados, a aprovação de forma on line via sistema de gestão.

4.2.2. A UNIODONTO, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, realizará auditoria odontológica no BENEFICIÁRIO, com análise presencial ou por imagem, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

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

4.4. O **BENEFICIÁRIO** poderá receber sem nenhuma contraprestação pecuniária, atendimento emergencial, em consultório de cirurgião-dentista filiado em qualquer cooperativa Uniodonto.

4.5. Tanto os honorários quanto às despesas necessárias com materiais e medicamentos utilizadas para o tratamento odontológico do beneficiário, relativos aos serviços cobertos pelo contrato, serão pagos integral e diretamente pela **UNIODONTO** aos seus cooperados.

4.6. A **UNIODONTO** se reserva o direito de realizar auditorias, exames ou inspeções, antes, durante ou após o término do tratamento, não podendo o **BENEFICIÁRIO**, sob nenhum pretexto, recusar-se em atender convocação para tal fim.

4.7. REEMBOLSO DO ATENDIMENTO URGÊNCIA

4.7.1 A UNIODONTO assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste instrumento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, nos casos exclusivos de urgência, quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas. Procedimentos descritos no Anexo I “urgência”.

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

Valores máximos de reembolso

Procedimentos	2ª a 6ª. Feira Das 08 as 18h	Noite, Sábados, Domingos e Feriados
Colagem de Fragmentos Dentários	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Imobilização Dentária	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Redução de Luxação da ATM	R\$ 50,00	R\$ 100,00



Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Tratamento de Abscesso Periodontal	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Tratamento de Alveolite	R\$ 50,00	R\$ 100,00
Tratamento de Odontalgia Aguda	R\$ 50,00	R\$ 100,00

4.7.3 O reembolso será efetuado pela UNIODONTO no prazo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pelo BENEFICIÁRIO, dos seguintes documentos originais:

- 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, acusando o recebimento dos valores combinados.

5 - DA PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

5.1. O BENEFICIÁRIO declara para todos os fins seu pleno, inequívoco e esclarecido consentimento com o tratamento dos seus dados informados no ato desta contratação e posteriormente, especialmente os dados de saúde de teor sensível, bem como dos dados pessoais de seu(s) dependente(s) menor(es) de 18 anos de idade, com a finalidade de manutenção de plano contratado e prestação de serviços odontológicos, incluindo o compartilhamento destas informações com dentistas da rede credenciada para o atendimento odontológico, bem como para fins de oferta, pela UNIODONTO ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos odontológicos.

5.1.1. Eventuais beneficiários dependentes estão cientes de que seus dados serão compartilhados com o beneficiário titular, ora BENEFICIÁRIO, inclusive dados sensíveis de utilização do plano, para fins de que o titular possa estar ciente de toda e qualquer cobrança relacionada aos serviços realizados pelo plano odontológico, como coparticipações, faltas a consultas e outros, bem como para obter autorizações e receber negativas de cobertura, fulcro no art. 11, §4º, da LGPD e na RN 389/2015-ANS.

5.1.2. A UNIODONTO se compromete com o sigilo e integridade dos dados fornecidos com vistas à prestação de serviço odontológico, vedada a utilização destes dados para qualquer finalidade diversa da prevista neste presente contrato, salvo autorização e consentimento prévio, expresso e destacado do BENEFICIÁRIO.

5.1.3. O BENEFICIÁRIO consente, ainda, com o compartilhamento de seus dados pessoais com as demais Uniodontos irmãs, quando necessário, para garantir a prestação de serviço odontológico nos locais de cobertura do plano; para a análise estatística e execução de auditorias, a fim de melhorar o bem-estar e a qualidade do serviço prestado; para o arquivamento e armazenamento seguro de documentos; e para as empresas prestadoras de serviços envolvidas em alguma etapa da cadeia do serviço que é prestado, de modo a viabilizar o atendimento completo e satisfatório do beneficiário, sempre garantindo o padrão de segurança das informações praticado na UNIODONTO, de acordo com sua Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.

5.1.4. Toda e qualquer solicitação de alteração, eliminação, inclusão ou demanda relativa a dados e informações do BENEFICIÁRIO deverá ser formalizada junto à UNIODONTO por escrito, inclusive a solicitação de cópia de prontuários, salvo situações de urgência.

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

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



6. BENEFICIÁRIOS: DEFINIÇÕES E CADASTRAMENTO

6.1. É considerado “**BENEFICIÁRIO TITULAR**” a pessoa física inscrita como tal para fins do presente contrato.

6.2. São considerados “**BENEFICIÁRIO DEPENDENTES**”:

- a) Cônjuge;
- b) Filho (as) solteiro (as);
- c) Filho (as) solteiro (as) incapaz;
- d) Pai, Mãe, Sogra e Sogra;
- e) O convivente havendo união estável, na forma da lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- f) Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.

6.3. Também é considerado “**BENEFICIÁRIO DEPENDENTES**” pessoa física inscrita no plano por outra pessoa física que se responsabilizará pelo pagamento das contraprestações pecuniárias – caracterizado como responsável na proposta de adesão desde que o “**BENEFICIÁRIO DEPENDENTES**”, tenha dependência econômica.

6.4. É critério da **UNIODONTO** realizar exame pré-admissional.

6.5. A exclusão de beneficiários deverá ser requerida pelo titular ou responsável, por escrito, a **UNIODONTO**, que aceitará ou não o pedido.

6.6. As informações que originarem alterações na Proposta, deverão ser comunicadas por escrito e só serão consideradas válidas e reconhecidas pela **UNIODONTO** no ato do protocolo.

6.7. A exclusão de o beneficiário titular anulará automaticamente a condição de permanência de seus dependentes no contrato.

7 - BENEFICIÁRIO: IDENTIFICAÇÃO / CARTÃO UNIODONTO

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

7.1. Neste ato é disponibilizado ao **BENEFICIÁRIO** o acesso ao Aplicativo UNIODONTO BENEFICIÁRIO , contendo o Guia do Beneficiário, editado pela UNIODONTO, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema UNIODONTO, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

7.2. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da Internet no endereço www.uniodontosorocaba.com

7.3. Será considerado” uso **indevido**” a utilização dos serviços cobertos pelo contrato, por beneficiário que perdeu a condição de beneficiário e também por terceiros que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento do **BENEFICIÁRIO**.

7.3.1. O uso indevido do Sistema implicará, a critério da **UNIODONTO**, no pedido de indenização por perdas e danos, na exclusão do titular e nas suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

8 - PAGAMENTOS EXCLUSIVAMENTE COM CARTÃO DE CRÉDITO RECORRENTE / FAIXAS ETÁRIAS

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

8.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido.

8.1.2. O **BENEFICIÁRIO**, 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.

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

8.2. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

- a) da inscrição, uma única vez, no momento da contratação.
- b) da mensalidade, a cada período mensal, na data de vencimento.

8.2.1. As cobranças emitidas pela **UNIODONTO** serão baseadas no número de beneficiários no momento de sua contratação.

8.3. Os valores contratuais serão pagos exclusivamente por meio de **CARTÃO DE CRÉDITO** (única forma de pagamento para vendas online) informado no ato da compra no site pelo **CONTRATANTE**.



8.3.1. O **CONTRATANTE** autoriza expressamente o **CONTRATADO** a efetuar a cobrança periódica mensal automática no cartão de crédito informado no ato da compra, responsabilizando-se por manter seus dados atualizados e garantindo ter saldo/limite suficiente e disponível para a cobrança mensal recorrente.

8.3.2. O não processamento da cobrança por insuficiência de limite, bloqueio ou cancelamento do cartão de crédito, não isenta o **CONTRATANTE** da obrigação de pagamento.

8.3.3. As parcelas vencidas permanecerão em aberto e poderão ser cobradas cumulativamente assim que houver disponibilidade de saldo/limite no cartão de crédito informado pelo **CONTRATANTE** ou por outro meio de pagamento disponibilizado pelo **CONTRATADO**.

8.4. 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.

8.5. O inadimplemento do pagamento por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, dará à **UNIODONTO**, a seu único e exclusivo critério, o direito de suspender temporariamente a prestação de serviços ou ainda de considerá-lo rescindido de pleno direito.

8.5.1. O inadimplemento das mensalidades poderá acarretar a inscrição do **CONTRATANTE**, seu representante ou assistente, quando for o caso, em cadastro de restrição ao crédito.

8.6. Havendo rescisão do contrato pelo inadimplemento ou fraude o **BENEFICIÁRIO** pagará a **UNIODONTO**, a título de indenização o valor total das parcelas vincendas das Contraprestações Pecuniárias (Mensalidades), além da exigência de quitar as parcelas que originaram a inadimplência.

8.7. O não atendimento do **BENEFICIÁRIO** por parte da **UNIODONTO**, em virtude do não pagamento de qualquer valor, não o libera da obrigação de quitar a dívida desde já reconhecida, pelo **BENEFICIÁRIO**, como líquida, certa e devida.

8.8. A emissão da via física do Cartão Uniodonto terá um custo de R\$10,00 (dez reais), para o **BENEFICIÁRIO** e deverá ser solicitada diretamente na sede administrativa da Operadora. Tendo carteirinha virtual disponível no aplicativo Uniodonto beneficiário.

8.8.1. A falta à consulta marcada sem justificativa e antecedência mínima de 6 (seis) horas, acarretará no pagamento, pelo **BENEFICIÁRIO**, do valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais),

8.9. No ato da assinatura da Proposta de Adesão, o **CONTRATANTE** deverá informar o cartão de crédito como forma de pagamento. A primeira mensalidade e taxa de adesão serão calculadas de acordo com o número de beneficiários inscritos.

8.10. As mensalidades subseqüentes as primeiras terão como data de vencimento o mesmo dia em que foi feito o pagamento da primeira mensalidade, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas da forma escolhida pelo contratante na Proposta de Adesão (CARTÃO DE CRÉDITO-RECURRENTE).

8.11. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente comercial e/ou bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subseqüente.

8.12. A **UNIODONTO**, poderá repassar ao **BENEFICIÁRIO**, as despesas bancárias pertinentes a emissão da cobrança no cartão de crédito.

8.13. Antes do término do prazo final da vigência, é facultado ao **CONTRATANTE** denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, sujeitando-se ao pagamento à Uniodonto da multa no valor correspondente a 20% (Vinte) por cento das mensalidades restantes para o término do prazo de vigência.

8.14. A multa de que trata esta cláusula é o patamar mínimo de reparação de danos em caso de rescisão antes do tempo mínimo.

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

8.16. Os valores dos gastos referidos na cláusula anterior serão apurados pela Tabela de Referência vigente relativo a todo o grupo de inscritos.

8.16.1. Não havendo a mencionada utilização a consequente exclusão poderá ser requerida a



qualquer momento.

8.17. Nenhum pagamento será reconhecido como efetuado à UNIODONTO, se o BENEFICIÁRIO dele não possuir comprovante devidamente autenticado pela própria CONTRATADA.

9.- INADIMPLÊNCIA: CONSEQUÊNCIAS

9.1. O atraso no pagamento das Contraprestações Pecuniárias, independente das penalidades previstas na cláusula seguinte, implicará na cobrança de 1% (um por cento) ao mês como juros de mora, e multa na razão de 2% (dois por cento).

9.2. O **BENEFICIÁRIO** reconhece expressamente, que os valores devidos por força do presente contrato, constituem dívidas líquidas e certas, facultando à **UNIODONTO** em caso de falta de pagamento de qualquer deles, proceder à cobrança por via executiva, do valor principal acrescido dos encargos previstos na cláusula anterior.

9.2.1. Correrá por conta do **BENEFICIÁRIO**, a despesa com honorários advocatícios, custas judiciais e outros encargos decorrentes da execução da dívida.

9.3. O inadimplemento do pagamento por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, dará à **UNIODONTO**, a seu único e exclusivo critério, o direito de suspender temporariamente a prestação de serviços ou ainda de considerá-lo rescindido de pleno direito.

9.3.1. O inadimplemento das mensalidades poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE, seu representante ou assistente, quando for o caso, em cadastro de restrição ao crédito.

9.4. Havendo rescisão do contrato pelo inadimplemento ou fraude o **BENEFICIÁRIO** pagará a **UNIODONTO**, a título de indenização o valor total das parcelas vincendas das Contraprestações Pecuniárias (Mensalidades), além da exigência de quitar as parcelas que originaram a inadimplência.

10.- REAJUSTES

10.1. Os valores contratuais poderão sofrer reajustes anuais pela variação do Índice de Preços ao Consumidor do Setor Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC - Saúde/FIPE)

10.1.2. Por ocasião da adesão inicial serão emitidas as cobranças das 2ª até a 12ª mensalidade, e na ocasião do reajuste será emitido as parcelas 13ª a parcela 24ª, que será enviado ao contratante pelo correio.

10.1.3. Os reajustes serão comunicados a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11.- RESCISÃO CONTRATUAL

11.1. Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, a **UNIODONTO** poderá considerar rescindido o presente contrato, independente de aviso ou notificação judicial ou extrajudicial e sem necessidade do pagamento de qualquer indenização nas seguintes hipóteses:

- a) Se, por má-fé, o **BENEFICIÁRIO** omitir informações ou tentar por qualquer meio, obter vantagens ilícitas do contrato;
- b) Se o **BENEFICIÁRIO** praticar ou houver praticado qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro que influam ou tenham influído na aceitação das condições deste contrato;
- c) Se o **BENEFICIÁRIO** dificultar ou impedir a qualquer exame ou diligência necessários à salvaguarda dos direitos da **UNIODONTO** ou à diminuição dos seus prejuízos;
- d) Se ocorrer à hipótese prevista na cláusula 8.3.

11.2. Nas hipóteses previstas no item 1.2.1.

11.2.1. Durante a vigência do aviso prévio para a rescisão contratual, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.

11.3. O eventual término da vigência deste contrato, qualquer que seja o motivo, não causará alteração ou prejuízo em relação aos serviços odontológicos em andamento, referentes aos orçamentos **aprovados** até a data da denúncia, aos quais se aplicarão integralmente os dispositivos do contrato até então vigente.

11.3.1. A partir da data da denúncia do presente contrato, nenhum serviço será autorizado ao **BENEFICIÁRIO**.

11.4. O **BENEFICIÁRIO** será responsável pelo ressarcimento de quaisquer despesas e ônus a **UNIODONTO**, se ele, seus dependentes e até mesmo terceiros, estranhos ao plano, utilizarem



indevidamente o Cartão Uniodonto digital ou físico após a data da denúncia do contrato.

12- EFEITOS DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

12.1. A falta de comunicação, nos termos das cláusulas anteriores, implica na subsistência das obrigações assumidas.

12.1.1. A responsabilidade da **UNIODONTO** pelos atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo assinalado, correndo as despesas a partir daí por conta do **BENEFICIÁRIO**.

12.1.2. O descumprimento de qualquer cláusula do presente contrato enseja sua rescisão mediante comunicação prévia, pelos meios disponíveis e regulados pela ANS, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

12.1.3. Meios de Comunicação que poderão ser utilizados para notificação da inadimplência rescisão:

- I. Correio eletrônico** (posvenda@uniodontosorocaba.com.br e financeiro@uniodontosorocaba.com.br), com certificado digital ou confirmação de leitura, destinado ao endereço eletrônico do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora;
- II. Aplicativos** que permitem a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (whatsapp, messenger ou outro aplicativo que disponha de tal ferramenta), via número de celular do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora;
- III. Ligações gravadas**, com confirmação de dados pelo interlocutor, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora;
- IV. Envio de torpedos** (SMS) com aviso de leitura pelo destinatário, via número de celular do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora.
- V. Correspondência postal com AR** – para o endereço cadastrado no banco de dados da operadora;
- VI. Protocolo físico** – por preposto da Operadora;
- VII. Edital** – nos termos previstos na Súmula 28 da ANS.

Parágrafo único: Os meios de comunicação previstos acima, serão escolhidos pela Operadora, podendo ser utilizado apenas um ou todos eles, para fins de garantia da comunicação ao **BENEFICIÁRIO** inadimplente.

13-DAS DEFINIÇÕES

13.1. 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 virtual 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. BENEFICIÁRIO:** 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 para 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 BENEFICIÁRIO é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.



- X. CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia, amigado, amasiado e 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 ou mais beneficiários ao plano, na sua contratação.
- 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 BENEFICIÁRIO.
- XV. PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo BENEFICIÁRIO 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 BENEFICIÁRIO, 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 aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.
- 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.

13.1.2 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.
- e) No conceito de fraude incluem-se a má fé, a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação, a mentira, etc.

13.1.3. O beneficiário 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.

13.1.4. O BENEFICIÁRIO 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.

13.1.5. Em caso de comercialização deste contrato fora do estabelecimento da UNIODONTO, fica garantido ao BENEFICIÁRIO o direito de arrependimento, por escrito, nos 7 (sete) dias seguintes ao da contratação, caso em que serão devolvidos os valores pagos, abatidos de eventual utilização dos procedimentos cobertos nos valores descritos neste contrato e/ou na Tabela de Referência.

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

13.1.7. O BENEFICIÁRIO, por si e por seus dependentes, autoriza a UNIODONTO a obter o diagnóstico e imagens, sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações de saúde. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos cooperados.

13.1.8 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.

13.1.9. A BENEFICIÁRIO reconhece como dívida líquida e certa em favor da UNIODONTO quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos beneficiários após a rescisão do contrato, podendo a UNIODONTO proceder à sua cobrança executiva na falta de pagamento e de mais sanções previstas neste contrato, podendo emitir inclusive duplicata de prestação de serviços correspondente.

13.1.10. Por força da natureza jurídica do presente e de Resolução Normativa da ANS, o beneficiário poderá contatar a ANS através do telefone 0800 701 9656 ou site www.ans.gov.br e a Central do PROCON através do telefone 151, se de seu interesse for.

14 - DISPOSIÇÕES FINAIS



14.1. No caso de insatisfação do beneficiário quanto ao atendimento recebido, tanto dos cirurgiões-dentistas cooperados como dos colaboradores **UNIODONTO**, só será dado provimento, se ocorrer o encaminhamento de reclamação escrita e assinada, OU E-MAIL PARA POSVENDA@UNIODONTOSOROCABA.COM.BR pelo reclamante, contendo informações (CPF, Nome completo, número da carteirinha, telefone para contato) para localizar o reclamante no sistema Uniodonto.

14.2. A **UNIODONTO** reserva-se o direito de alterar o seu quadro de cooperados, bem como efetivar a filiação de novos cooperados e a contratação ou credenciamento de novos profissionais, contanto que comunique o **BENEFICIÁRIO**.

14.3. O **BENEFICIÁRIO**, por si e pelos seus beneficiários titulares, dependentes e agregados, autoriza a **UNIODONTO** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive concernentes aos atendimentos, quando solicitado pelos órgãos oficiais de fiscalização e controle de assistência à saúde.

14.4. O presente contrato será cumprido pelas partes, exatamente como dispõem as suas cláusulas, ficando certo que nenhuma tolerância, desistência, modificação ou alteração de quaisquer dos seus termos terá valor, não tendo, assim, qualquer efeito ou vigência, a menos que formalizada por escrito e assinada pelos contratantes.

14.5. Fica ajustado que a assinatura de tal documento ou documentos não significará, em caso algum, desistência geral, abandono, modificações ou alterações de qualquer aspecto do presente contrato que não seja aquela expressa e especificamente visada, sendo seus efeitos limitados e restritos apenas àquilo que for estipulado.

14.6. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração das condições ora pactuadas.

14.7. É vedada às partes, a transferência a terceiros, sem prévia anuência da outra parte, dos direitos e faculdades decorrentes deste contrato, sob pena de poder o mesmo ser considerado automática e imediatamente rescindido.

14.8. O **BENEFICIÁRIO** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é restrito a **UNIODONTO**, mesmo no caso de ser atendido por outras cooperativas integrantes do Sistema Nacional Uniodonto.

14.9. As dúvidas e eventuais omissões deverão ser resolvidas entre os contraentes e, quando necessário, serão objeto de aditamento contratual.

14.10. Para dirimir qualquer demanda oriunda deste contrato, fica eleito o foro do domicílio residencial do **BENEFICIÁRIO**, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

14.11. A despesa fiscal, decorrente deste contrato, correrá por conta exclusiva da **UNIODONTO**.

14.12. O **BENEFICIÁRIO** declara ter ficado de posse deste contrato, da Proposta, por um prazo que lhe permitiu ler todas as suas cláusulas e condições, o que lhe possibilita concordar expressamente com todo o seu conteúdo, inclusive com as dimensões e tipo gráfico utilizado para a impressão dos mesmos.

14.13. O **BENEFICIÁRIO** declara expressamente ter recebido neste ato, uma cópia do contrato, acompanhada da Proposta de Adesão e Anexo I demonstrativo de cobertura.

15- DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES

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

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

15.3. É obrigação do **BENEFICIÁRIO**, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **UNIODONTO**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **UNIODONTO**, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

15.3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma **UNIODONTO**, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

15.3.2. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da **UNIODONTO**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do



respectivo titular, e suas consequências.

15.4. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o **BENEFICIÁRIO** deverá comunicar, por escrito, o fato à **UNIODONTO**, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela **UNIODONTO**. E, por estarem assim, certas e ajustadas, as partes assinam a Proposta de Adesão deste contrato.

ANEXO I

COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS NO ROL ODONTOLÓGICO VIGENTE

DIAGNOSTICO

- Consulta Odontológica Inicial: Exame clínico e plano de tratamento

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Horário Normal, Noturna, Sábado, Domingo, Feriado

- Avaliação Técnica: Auditoria inicial ou final
- Colagem de fragmentos dentários
- Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático
- Imobilização dentária
- Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, - Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Recimentação de peça/trabalho protético
- Redução de Luxação da ATM
- Reimplante de dente avulsionado com contenção
- Sutura de ferida buco-maxilo-facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

RADIOLOGIA

- Levantamento Periapical (a partir de 9 RX)
- Radiografia Interproximal (Bite Wing) Série Completa (4 RX)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (para fins cirurgicos)
- Radiografia Periapical

TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO

- Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico
- Teste de Risco de Cárie, ph, Capac. Tampão, ph da saliva

PREVENÇÃO + ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL/ATIVIDADE EDUCATIVA

- Controle de Placa Bacteriana (evidenciação)+ atividade educativa em saúde bucal
- Fluorterapia/Aplicação Tópica de Flúor + profilaxia + atividade educativa em saúde bucal
- Profilaxia: Polimento Coronário - Boca Toda + atividade educativa em saúde bucal

ODONTOPEDIATRIA

- Adequação do Meio Bucal c/ Ionômero de Vidro
- Aplicação de Cariostático
- Aplicação de Selante + atividade educativa em saúde bucal
- Condicionamento em Odontopediatria (por sessão)
- Exodontia simples de Decíduos
- Pulpotomia
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato
- Remineralização + atividade educativa em saúde bucal
- Restauração em Ionômero de Vidro



- Restauração Preventiva + aplicação de selante + restauração em ionômero de vidro
- Tratamento Endodôntico em Decíduos

DENTÍSTICA/RESTAURADORA

- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Restauração de Dente Anterior de Ângulo (dois ângulos) e/ou mais Preparos (4 faces ou mais)
- Restauração de Dente Posterior c/4 ou mais faces Comprometidas com ou sem pino intradentinário
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Anteriores)
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Posteriores) / superfície radicular
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Anteriores)
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Posteriores)
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 3 faces (Dentes Posteriores)
- Restauração Resina Fotopolimerizável Dente Anterior/Fratura 1 Ângulo (4 faces ou mais)
- Rest. Resina Fotopolimerizável Dente Posterior/Fratura
- Restauração a Pino Intradentinário
- Restauração de 01 face (Amálgama/Resina Composta/Resina Fotopolimerizável) superfície radicular
- Restauração 02 faces (Amálgama/Resina Composta/Resina Fotopolimerizável)
- Restauração 03 faces (Amálgama/Resina Composta/Resina Fotopolimerizável)
- Restauração 04 faces ou mais (Amálgama/Resina Composta/Resina Fotopolimerizável)

ENDODONTIA

- Remoção de Núcleo Intrarradicular / corpo estranho intracanal (por elemento)
- Retratamento Endodôntico - Incisivos / Caninos + remoção de obturação radicular
- Retratamento Endodôntico Molares + remoção de obturação radicular
- Retratamento Endodôntico Pré-Molares + remoção de obturação radicular
- Tratamento de Dentes c/ Rizogênese Incompleta
- Tratamento de Perfuração (radicular / câmara pulpar)
- Tratamento Endodôntico Incisivo / Canino
- Tratamento Endodôntico Molar
- Tratamento Endodôntico Pré-Molar

PERIODONTIA

- Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo
- Amputação Radicular Com Obturação Retrógada (Por Raiz)
- Amputação Radicular Sem Obturação Retrógada (Por Raiz)
- Cirurgia Retalho
- Cunha Proximal
- Curetagem de Bolsa Periodontal
- Dessensibilização Dentária
- Gengivectomia/Gengivoplastia
- Imobilização Dentária c/ Resina Fotopolimerizável
- Odonto-Secção com ou sem Amputação radicular
- Raspagem, Alisamento e Polimento Coronário e Radicular Supra e Subgingival + atividade educativa em saúde bucal + controle de placa bacteriana + Periograma
- Raspagem, Alisamento e Polimento Coronário Supragingival + atividade educativa em saúde bucal + controle de placa bacteriana

PRÓTESE

- Coroa Provisória
- Núcleo de Preenchimento em Ionômero de Vidro/Amalgama/Resina com finalidade Protética ou Núcleo Pré Fabricado
- Núcleo Metálico Fundido
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária Inclui a Peça Protética de dente anterior, e dente posterior-com ressalva.
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária Inclui a Peça Protética (dente posterior)



- Remoção de peças / trabalho protético e Restauração Metálica Fundida

CIRURGIA

- Alveoloplastia / Alveolotomia
- Apicectomia Caninos ou Incisivos
- Apicectomia Caninos ou Incisivos-Com obturação retrógrada
- Apicectomia Molares
- Apicectomia Molares - Com obturação retrógrada
- Apicectomia Pré-Molares
- Apicectomia Pré-Molares - Com obturação retrógrada
- Aprofundamento / aumento de vestíbulo
- Aumento Coroa Clínica
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula / Maxila
- Bridectomia
- Cirurgia Odontoma e Osteoma / Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem reconstrução
- Cirurgia Para Torus / Exostose - Bilateral
- Cirurgia Para Torus / Exostose - Unilateral
- Cirurgia Para Torus Palatino
- Enxerto Gengival livre
- Enxerto Pedunculado
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese ou Excisão de Mucocelo
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exérese ou Excisão de cálculo salivar
- Exodontia a Retalho
- Exodontia Raiz Residual
- Exodontia Simples de permanente
- Exodontia Simples de Supra-numerário
- Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução cruenta
- Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução Incruenta
- Frenectomia - Labial
- Frenectomia - Lingual
- Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos ou Impactados) + hemiseção
- Remoção de Dentes Retidos (Semi Inclusos) + hemiseção
- Remoção de Dentes Supra-Numerários (Inclusos ou Impactados) + hemiseção
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos Mandíbula/Maxila
- Tunelização
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Ulectomia
- Ulotomia

