

**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO – CONTRATO Nº**

**Registro da Operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº: 350494**

**Qualificação da Operadora**

- Razão Social: **UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**  
 (Denominação para fins deste contrato: **UNIODONTO**)  
 Avenida Brasil, 200 - Vila Itapura - CEP 13023-075 - Tel.: 3322-4000 - CAMPINAS - SP  
 CNPJ nº 51.304.798/0001-04 Inscrição Estadual nº 244.218.290.110

<b>a) Qualificação do doravante denominado Beneficiário Titular</b>			
Nome:		Nacionalidade:	
Filho de		e	
Nascido a: / /	RG nº	CPF/MF nº	
Domiciliado (a) na			Nº
Bairro:	Cidade:	UF:	

<b>b) Dados do Contratante/Estipulante</b>			
Relação com o contratante: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Tutor ( ) Curador ( ) Outro			
Nome:		CPF/MF nº	
Nº identidade:		Órgão expedidor:	
End:			Nº
Bairro:	Cidade:	UF:	

<b>c) Nome comercial e nº de registro do plano na ANS:</b>	
Nome Comercial: <b>PLANO BEM ESTAR - PF</b>	Registro de Produto ANS nº <b>488.201/21-6</b>

<b>d) Tipo de Contratação: INDIVIDUAL OU FAMILIAR</b>
---

<b>e) Segmentação assistencial do plano de saúde: EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA</b>
---

<b>f) Área geográfica de abrangência do plano de saúde: NACIONAL</b>
--

<b>g) Área de atuação do plano de saúde: REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>
---

<b>h) Serviços e Coberturas Adicionais</b>
--

Além dos procedimentos previstos na Cláusula **COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, são adicionalmente cobertos pelo plano:

**CIRURGIA**

- Cirurgia para Tracionamento Ortodôntico

**ENDODONTIA:**

- Clareamento de Dente Desvitalizado

**ODONTOPEDIATRIA**

- Mantenedor de Espaço Fixo
- Mantenedor de Espaço Removível
- Plano Inclinado

**RADIOLOGIA**

- Documentação Ortodôntica Simplificada (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; panorâmica; periapicais anteriores; cinco fotos intra e extra-orais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; análise da via naso-faríngeana (adenóide); CD; pasta)
- Documentação Ortodôntica Completa (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; panorâmica; periapicais anteriores; 9 fotos intra e extra-orais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; índice carpal; análise da via naso-faríngeana (adenóide); previsão de erupção dos terceiros molares; CD; pasta)
- Documentação Ortodôntica Especial (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; panorâmica; periapicais anteriores; 9 fotos intra e extra-orais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; índice carpal; análise da via naso-faríngeana (adenóide); previsão de erupção dos terceiros molares; CD; pasta; telerradiografia frontal; análise e traçado cefalométrico computadorizado; radiografias interproximais; foto do sorriso)
- Documentação Ortopédica (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico de Bimler e Mac Namara; panorâmica; 9 fotos; CD; modelos ortodônticos; modelos de trabalho; curva de reação Dr. Bimler; índice carpal; análise da via naso-faríngeana (adenóide); previsão de erupção de terceiros molares; ficha para tratamento ortognático; pasta ortodôntica; caixa de modelos)
- Radiografia da ATM (Série Completa – três incidências)
- Panorâmica da Mandíbula / Maxila com Traçado Cefalométrico
- Telerradiografia
- Telerradiografia com Traçado Cefalométrico

**i) Formação do Preço: PRÉ-ESTABELECIDA**

<b>j) Preços</b>	
<b>1. VALORES CONTRATUAIS VIGENTES NA DATA DE ASSINATURA DO CONTRATO</b>	
<b>TÍTULOS</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>
Taxa de Inscrição (por beneficiário inscrito)	<b>R\$</b>

Mensalidade nos doze primeiros meses (por beneficiário inscrito)	<b>R\$</b>		
<b>2. TOTAL A PAGAR NA DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO</b>			
<b>TÍTULOS</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>Nº DE ADESÕES</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Taxa de Inscrição	<b>R\$</b>		<b>R\$</b>
Mensalidade	<b>R\$</b>		<b>R\$</b>
<b>Total a pagar na data da assinatura do contrato.....</b>			<b>R\$</b>
<p>A primeira cobrança dos valores contratuais se dará no dia da assinatura do contrato e as cobranças futuras terão o vencimento nos mesmos dias dos meses posteriores.</p> <p>O primeiro reajuste do contrato se baseará no valor integral da “mensalidade”, assim definida nesta Proposta de Adesão em “Preços e Condições de Pagamento”.</p>			

**k) Vencimento: Dia ( ) de cada mês**

**l) Valor de Emissão de 2ª Via do Cartão de Identificação = R\$**

**m) Valores Máximos de Reembolso de Urgência/Emergência: R\$**

Consulta odontológica de Urgência 24 horas;  
 Controle de hemorragia com e/ ou sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;  
 Imobilização dentária em dentes decíduos e/ou permanentes;  
 Recimentação de trabalhos protéticos;  
 Tratamento de alveolite;  
 Colagem de fragmentos dentários;  
 Incisão e Drenagem extra oral e/ou intra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;  
 Remoção de dreno extra oral e/ou intra oral; Tratamento de abscesso periodontal agudo; Reimplante dentário com contenção;  
 Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;  
 Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM);  
 Tratamento conservador de luxação da Articulação Têmporo-mandibular (ATM); Pulpectomia;  
 Pulpotomia;  
 Restauração temporária / tratamento expectante;  
 Pericoronarite;  
 Tratamento odontalgia aguda;  
 Capeamento pulpar direto excluindo restauração final.

**n) Dependentes Inscritos na Data da Assinatura Do Contrato**

Nº	NOME	SEXO	DATA DE NASC.IMENTO	GRAU DE PARENTESCO	NÚMERO DO CPF

**o) 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.

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.

**A presente Proposta de Adesão integra o contrato referente ao mesmo produto devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar e no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas de Campinas sob nº 148.811**

**Data da assinatura do contrato:**

**Data do início de vigência do contrato:**

**CONTRATANTE:** \_\_\_\_\_

**CONTRATADA,** Uniodonto de Campinas Cooperativa Odontológica

\_\_\_\_\_

Permissionária:	Código do Consultor:	Ass. Consultor:
-----------------	----------------------	-----------------

## CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO – CONTRATO Nº

**Registro da Operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº: 350494 Registro de produto ANS nº 488.201/21-6**

### I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

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

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

### II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

- a) o cônjuge;
- b) os filhos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos.

2.2.1. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o **CONTRATANTE** estiver inscrito.

2.2.2. Poderão ingressar, ainda, os agregados, assim consideradas as pessoas sem o vínculo estabelecido nesta cláusula **que comprovem dependência econômica** com o **CONTRATANTE** através de documentação hábil.

2.2.3. Os agregados ficam equiparados aos dependentes para todos os efeitos deste contrato.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1. A cobertura compreende os **procedimentos exclusivamente odontológicos** 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. Cobertura do rol de procedimentos:

#### **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
- Trat° 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

## **CONDICIONAMENTO**

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

## **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

## **DIAGNÓSTICO**

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

## **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

## **EXAMES**

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

## **PERIODONTIA**

- Ajuste Oclusal por acréscimo
- Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada
- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal



- Dessensibilização Dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Odonto-Secção
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário
- Tunelização

### **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

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

### **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

### **RADIOLOGIA**

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

### **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Colagem de Fragmentos Dentários
- Consulta Odontológica de Urgência
- Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região Buco-Maxilo-Facial
- Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região Buco-Maxilo-Facial
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Incisão e Drenagem Extra Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Incisão e Drenagem Intra Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial

- Imobilização Dentária em Dentes Decíduos
- Imobilização Dentária em Dentes Permanentes
- Pulpotomia
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Remoção de Dreno Extra Oral
- Remoção de Dreno Intra Oral
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

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

**IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

4.1. Não estão cobertos pelo plano:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) quaisquer serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, excetuando apenas os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos cobertos passíveis de serem executados em consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; estão excluídas da cobertura as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de 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.

## V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, com início na data do pagamento da primeira mensalidade.

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	<b>24 horas</b>
Diagnóstico	180 dias	<b>30 dias</b>
Condicionamento	180 dias	<b>30 dias</b>
Exames	180 dias	<b>30 dias</b>
Radiologia	180 dias	<b>30 dias</b>
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	<b>30 dias</b>
Dentística	180 dias	<b>30 dias</b>
Periodontia	180 dias	<b>30 dias</b>
Endodontia	180 dias	<b>30 dias</b>
Cirurgia	180 dias	<b>30 dias</b>
Prótese	180 dias	<b>30 dias</b>

6.3. A contagem da carência se inicia na data do pagamento da primeira mensalidade.

## 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:

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

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

## **IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **Cartão de Identificação**

9.1. A **UNIODONTO** 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 [www.uniodontocampinas.com.br](http://www.uniodontocampinas.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** poderá realizar auditoria odontológica, quando da apresentação da proposta de tratamento, durante e/ou no término dos procedimentos, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

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

#### **Divergência Odontológica**

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

#### **X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

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

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

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

10.3. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

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

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

10.4. Os valores contratados serão pagos até seus respectivos vencimentos por meio de boleto online, cartão de crédito, débito autorizado e/ou outra forma de cobrança que vier a ser adotado pela **UNIODONTO**.

10.4.1. 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.

10.4.2. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da **UNIODONTO**, para que não se sujeite às consequências da mora.

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

**10.6. 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.**

**10.7. Considerando-se eventual aplicação de descontos quando da contratação de qualquer plano ofertado, o índice de reajuste previsto na Cláusula XI será sobre o valor efetivamente pago.**

## **XI - REAJUSTE**

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

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

## **XII - FAIXAS ETÁRIAS**

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

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

### **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 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 de 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

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; amigado; 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 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Campinas de sob o nº 140705, em 31.01.2019.

**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.

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. É obrigação do **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, denúncia ou resolução deste contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **UNIODONTO**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

15.6. 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.

15.7. 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.

15.7.1. 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.

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

15.9. 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.

15.10. 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**.

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

15.12. 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.

15.12.1. 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.

15.12.2. 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.

15.13. 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.

15.14. 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 – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

As partes concordam em observar a devida reserva e confidencialidade quanto à proteção dos dados pessoais aos quais, eventualmente, tenham acesso no âmbito da execução deste contrato, atendendo sempre às diretrizes gerais de Proteção de Dados contidas na legislação brasileira existente ou futura.

**16.1.** As partes concordam que qualquer tratamento de dados pessoais será sempre executado com base nos princípios de legalidade, limitação da finalidade, transparência, livre acesso, adequação, necessidade (minimização), eliminação, qualidade, confidencialidade, segurança e confiabilidade dos dados, prevenção e responsabilidade e prestação de contas, de acordo com as disposições da legislação local e/ou as melhores práticas internacionais de proteção de dados pessoais.

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

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

**16.4.** O tratamento dos dados pessoais no âmbito deste contrato de crianças e adolescentes serão realizados sempre no seu melhor interesse e, para atender ao artigo 14, §1º da Lei 13.709/2018, para o tratamento dos dados pessoais de crianças será colhido, em momento oportuno, o consentimento escrito de ao menos um dos pais ou responsável legal, nas hipóteses previstas na legislação.

**16.5.** As partes concordam no que concerne ao compartilhamento de dados pessoais, que o consentimento no fornecimento de dados e posterior compartilhamento deverá ser livre, informado e inequívoco, observando-se estritamente a finalidade proposta, salvo disposição legal em contrário.

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

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

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

**16.9.** A UNIODONTO compromete-se a: a) garantir a implementação de mecanismos de mitigação de riscos, bem como medidas de segurança apropriadas e adequadas para impedir que dados pessoais sejam acidentalmente perdidos, usados ou acessados de forma não autorizada, alterados e/ou divulgados; b) a utilizar todas as informações, especialmente as confidenciais, apenas no âmbito do desenvolvimento e da execução dos serviços contratados, sendo vedada tanto a sua divulgação a terceiros quanto qualquer outra utilização que não seja expressamente permitida pelo **CONTRATANTE**, sendo informações serão tratadas com o mesmo zelo e cuidado com que trataria os seus próprios dados, mantendo-as em local seguro e com acesso limitado apenas às pessoas autorizadas.; c) no caso de qualquer solicitação dos titulares de dados pessoais recebida em razão da relação contratual, deverá comunicar o **CONTRATANTE** dentro do prazo de 5 (cinco) dias úteis, sob pena de rescisão contratual justificada.

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

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

**16.12.** O descumprimento por parte da **UNIODONTO** de qualquer uma das obrigações acima descritas dará ao **CONTRATANTE** o direito de rescindir o contrato. A rescisão do contrato por este motivo seguirá o procedimento estabelecido para esse fim no Código Civil e em outras leis competentes na matéria e lhe dará o direito de exigir os danos que possam ser devidos, incluído os danos morais. Assim, o **CONTRATANTE** poderá exercer qualquer uma das ações que considere necessárias para resguardar sua imagem e reputação no mercado.

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

## **XVII - ELEIÇÃO DE FORO**

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

Campinas,

**CONTRATANTE:** \_\_\_\_\_

**CONTRATADA: UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**