

**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

**a) Qualificação do doravante denominado Beneficiário Titular**

Nome:		Nacionalidade:	
Filho de		e	
Nascido a: / /	RG nº	–	CPF/MF nº
Domiciliado (a) na			Nº
Bairro:	Cidade:		UF:

**b) Dados do Contratante/Estipulante**

Relação com o contratante: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Tutor ( ) Curador ( ) Outro			
Nome:		CPF/MF nº	
Nº identidade:		Órgão expedidor:	
End:			Nº
Bairro:	Cidade:		UF:

**c) Nome comercial e nº de registro do plano na ANS:**

Nome Comercial: <b>PLANO KIDS – PF</b>	Registro de Produto ANS nº <b>488.203/21-2</b>
--	--

**d) Tipo de Contratação: INDIVIDUAL OU FAMILIAR**

**e) Segmentação assistencial do plano de saúde: EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA**

**f) Área geográfica de abrangência do plano de saúde: NACIONAL**

**g) Área de atuação do plano de saúde: REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**h) Formação do Preço: REGIME MISTO DE PAGAMENTO**

**i) Serviços e Coberturas Adicionais: O plano contempla cobertura adicional ao rol de procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os procedimentos adicionais estão listados na Cláusula III, de acordo com a forma de cobertura (pré ou pós-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)	R\$
Mensalidade nos doze primeiros meses (por beneficiário inscrito)	R\$

<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	R\$		R\$
Mensalidade	R\$		R\$
<b>Total a pagar na data da assinatura do contrato .....</b>			<b>R\$</b>
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.  O primeiro reajuste do contrato se baseará no valor integral da “mensalidade”, assim definida nesta Proposta de Adesão em “Preços e Condições de Pagamento”.			
<b>Cobertura em Pós Pagamento: vide Tabela de Procedimentos do ANEXO I</b>			

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

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

<b>BENEFICIÁRIOS INSCRITOS NA DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO</b>				
<b>Nº</b>	<b>NOME</b>	<b>SEXO</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>Nº DO CPF</b>

**Declarações do Contratante/Estipulante**

**Pelo presente instrumento, o CONTRATANTE/ESTIPULANTE contrata o plano de saúde odontológico acima mencionado, nos termos das condições contratuais firmadas nesta data, em benefício exclusivo do(s) beneficiário(s) acima citados.**

**O CONTRATANTE/ESTIPULANTE declara ter ciência de que nenhum benefício do contrato lhe será conferido, estando obrigado, entretanto, ao cumprimento integral de todas as cláusulas, inclusive a que se refere ao pagamento e cumprimento da vigência mínima.**

**O CONTRATANTE/ESTIPULANTE neste ato renuncia ao direito de substituir o(s) beneficiário(s) no decorrer da vigência do contrato estipulado.**

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

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

O CONTRATANTE declara, ainda, que recebeu neste ato a segunda via desta proposta, do instrumento contratual, dos materiais informativos indicando a forma de utilização do plano e a rede prestadora e demais anexos citados no contrato.

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 148.810

Campinas,            de            de            .

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

Pela **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 na ANS nº 488.203/21-2**

### I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, pelo 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).

### II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Para efeito deste contrato, é considerado como **CONTRATANTE/ESTIPULANTE** a pessoa física indicada na proposta de adesão, **em benefício exclusivo do(s) beneficiário(s) igualmente indicados na proposta de adesão.**

**2.1.1. O CONTRATANTE/ESTIPULANTE não terá nenhum benefício do contrato, estando obrigado, entretanto, ao cumprimento integral de todas as cláusulas, inclusive a que se refere ao pagamento e cumprimento da vigência mínima.**

**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;
- f) os irmãos.

2.3. A inclusão dos beneficiários 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 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.**

**3.2. Estão cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento), os seguintes atos odontológicos:**

#### **CIRURGIA**

- Aprofundamento / Aumento do Vestíbulo (Sulcoplastia)
- Cirurgia para Tracionamento Ortodôntico
- Curetagem Apical
- Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- Exérese ou Excisão de Mucocele
- Exérese ou Excisão de Pequenos Cistos na Mandíbula / Maxila
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exodontia de Raiz Residual

- Exodontia Simples de Permanente
- Exodontia Simples de Supranumerário
- Fraturas Alvéolo Dentárias – Redução Incruenta
- Frenulectomia Labial e Lingual
- Frenulotomia Labial e Lingual
- Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial
- Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Corpo Estranho do Seio Maxilar
- Tratamento Cirúrgico de Fistulas Buco-Nasal
- Tratamento Cirúrgico de Fistulas Buco-Sinusal
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula / Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia
- Ulotomia

#### **DENTÍSTICA**

- 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**

- Curativo de Demora em Endodontia
- Pulpotomia em Dente Decíduo
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo
- Tratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes

#### **ODONTOPEDIATRIA**

- Condicionamento em Odontologia
- Estabilização de Paciente por meio de contenção física ou mecânica
- Estabilização de Paciente por meio de contenção física ou mecânica para Pacientes com Necessidades Especiais Exodontia Simples de Decíduo
- Mantenedor de Espaço Fixo
- Mantenedor de Espaço Removível Plano Inclinado
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato

## **PERIODONTIA**

- Aumento de Coroa Clínica
- Dessensibilização Dentária
- Gengivoplastia
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

## **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

- Adequação do Meio Bucal
- Aplicação de Cariostático
- Aplicação de Selante
- Aplicação de Selante – Técnica Invasiva
- 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

## **RADIOLOGIA**

- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico/Periapical Completo)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia da Mão e do Punho (Índice Carpal)
- 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
- Curativo Endodôntico em Situação de Emergência
- 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
- Pulpectomia
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reembasamento de Coroas e Incrustações Provisórias

- 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
- Tratamento de Pericoronarite

**3.2.1. Os procedimentos cobertos em pré-pagamento se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.**

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

**CIRURGIA**

- o Alveoloplastia
- o Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada
- o Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada
- o Aprofundamento / Aumento de Vestíbulo
- o Biópsia de Boca
- o Biópsia de Glândula Salivar
- o Biópsia de Lábio
- o Biópsia de Língua
- o Biópsia de Mandíbula/Maxila
- o Bridectomia
- o Bridotomia
- o Cirurgia para Exostose Maxilar
- o Cirurgia Odontológica a Retalho
- o Cirurgia para Torus Mandibular
- o Cirurgia para Torus Palatino
- o Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- o Curetagem Apical
- o Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- o Exodontia a Retalho
- o Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética
- o Plastia de Ducto Salivar ou Exérese de Cálculo ou de Rânula Salivar
- o Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- o Remoção de Dentes Inclusos/Impactados
- o Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados
- o Remoção de Odontoma
- o Tunelização

## **DENTÍSTICA**

- o Ajuste Oclusal por acréscimo
- o Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- o Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- o Pino de Retenção Intrarradicular Metálico (Pré Fabricado)
- o Restauração em Amálgama

## **ENDODONTIA**

- o Preparo para Núcleo Intrarradicular
- o Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- o Remoção de Material para Retratamento Endodôntico
- o Remoção de Núcleo Intra-Canal
- o Remoção de Peça/Trabalho Protético
- o Retratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- o Retratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- o Retratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes

## **EXAMES**

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

## **ORTODONTIA**

- o Tratamento de Ortodontia e Ortopedia Facial Corretivo Completo
- o Tratamento de Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares – Preventivo

## **PERIODONTIA**

- o Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- o Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada
- o Cirurgia Periodontal a Retalho
- o Cunha Proximal
- o Enxerto Gengival Livre
- o Enxerto Pediculado
- o Gengivectomia
- o Odonto-Secção
- o Órtese Miorrelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora)
- o Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal

## **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

- o Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)

## **PRÓTESE**

- o Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino / Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida
- o Núcleo de Preenchimento
- o Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética
- o Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética

- o Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a Peça Protética
- o Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética
- o Reembasamento de Coroa Provisória
- o Recimentação de Peça / Trabalho Protético
- o Remoção de Peça / Trabalho Protético

#### **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. Para os procedimentos cobertos em pré-pagamento, 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. Para os atos cobertos em pós pagamento não haverá cumprimento de prazos de carência.

6.4. A contagem da carência se inicia no pagamento da primeira mensalidade.

## **VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1. Não haverá cobertura parcial temporária ou agravamento 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 Tabela de Procedimentos (Anexo I).

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

**10.2. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIODONTO:**

- a) a inscrição, no valor previsto na proposta de adesão;
- b) a mensalidade, no valor previsto na proposta de adesão;
- c) os procedimentos realizados em razão da cobertura pós-estabelecida, nos valores constantes na Tabela de Procedimentos (anexo I).

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

**10.2.2. 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.
- c) dos valores previstos na Tabela de Procedimentos (anexo I), relativos aos procedimentos cobertos em pós-pagamento, no ato da aprovação dos tratamentos.

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 pelo meio de cobrança 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. O valor da mensalidade será reajustado 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.

### **Reajuste da Tabela de Procedimentos**

**11.3. A Tabela de Procedimentos relativa a cobertura pós-estabelecida, integrante deste contrato, será reajustada no mês de Abril de cada ano, de acordo com a variação de custo dos procedimentos e materiais.**

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

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

## Disposições Comuns

**11.4. 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, filiadadas, 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**

**ANEXO I**
**TABELA DE PROCEDIMENTOS**

Produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 488.203/21-2.

**1) VALORES MÁXIMOS DE REEMBOLSO PARA PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA (cláusula 8.1.2.)**

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DIAS ÚTEIS DAS 8:00 ÀS 18:00 HORAS</b>	<b>HORÁRIO NOTURNO E AOS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS</b>
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	100,00	130,00
81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 HS	100,00	130,00
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	100,00	130,00
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	100,00	130,00
85000787	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	100,00	130,00
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	100,00	130,00
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	100,00	130,00
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	100,00	130,00
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	100,00	130,00
82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	100,00	130,00
82001308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	100,00	130,00
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	100,00	130,00
82001316	REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	100,00	130,00
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	100,00	130,00
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	100,00	130,00
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	100,00	130,00
82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)	100,00	130,00

82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR - ATM	100,00	130,00
85200034	PULPECTOMIA	100,00	130,00
85200042	PULPOTOMIA	100,00	130,00
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	100,00	130,00
85300080	PERICORONARITE	100,00	130,00
85100056	TRATAMENTO ODONTALGIA AGUDA	100,00	130,00
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL	100,00	130,00

**2) VALORES DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS EM PÓS-PAGAMENTO (cláusula 10.2, “c”)**

GRUPO_AT O	TUSS	DESCRICA O_ATO	VR R\$
CIRURGIA	82000034	ALVEOLOPLASTIA OU ALVEOLO TOMIA (POR SEXTANTE)	102,80
CIRURGIA	82000077	APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	275,07
CIRURGIA	82000085	APICETOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	215,82
CIRURGIA	82000158	APICETOMIA EM MULTIRRADICULAR COM OBT RETRÓGRADA	282,53
CIRURGIA	82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	255,06
CIRURGIA	82000174	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	235,44
CIRURGIA	82000182	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	172,26
CIRURGIA	82000190	APROFUNDAMENTO / AUMENTO DO VESTIBULO	105,36
CIRURGIA	82000239	BIOPSIA DE BOCA	113,40
CIRURGIA	82000247	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR	113,40
CIRURGIA	82000255	BIOPSIA DE LABIO	113,40
CIRURGIA	82000263	BIOPSIA DE LINGUA	113,40
CIRURGIA	82000271	BIOPSIA DE MANDIBULA	113,40
CIRURGIA	82000280	BIOPSIA DE MAXILA	113,40
CIRURGIA	82000298	BRIDECTOMIA	102,02
CIRURGIA	82000301	BRIDOTOMIA	102,02
CIRURGIA	82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	99,60
CIRURGIA	82000336	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO (EXPLORATÓRIA)	67,20
CIRURGIA	82000395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	165,98
CIRURGIA	82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL	128,31
CIRURGIA	82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL	196,20
CIRURGIA	82000441	COLETA DE RASPADO EM LESOES OU SITI OS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	107,52
CIRURGIA	82000743	EXERESE DE LIPOMA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	70,80
CIRURGIA	82000816	EXODONTIA A RETALHO	53,60
CIRURGIA	82000832	EXODONTIA COM INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	74,56

CIRURGIA	82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA/COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS REGIÃO BMF	113,40
CIRURGIA	82001286	REMOÇÃO DE DENTES RETIDOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS) - DENTES INFERIORES [*]	274,68
CIRURGIA	82001286	REMOÇÃO DE DENTES RETIDOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS) - DENTES SUPERIORES [*]	274,68
CIRURGIA	82001294	REMOÇÃO DE DENTES RETIDOS (SEMI-INCLUSOS) - DENTES INFERIORES [*]	274,68
CIRURGIA	82001294	REMOÇÃO DE DENTES RETIDOS (SEMI-INCLUSOS) - DENTES SUPERIORES [*]	274,68
CIRURGIA	82001286	REMOÇÃO DE DENTES SUPRANUMERARIOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS) - DENTES INFERIORES [*]	274,68
CIRURGIA	82001286	REMOÇÃO DE DENTES SUPRANUMERARIOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS) - DENTES SUPERIORES [*]	274,68
CIRURGIA	82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	174,24
CIRURGIA	82001685	TUNELIZAÇÃO (POR ELEMENTO)	100,80
CIRURGIA	85200182	CURETAGEM APICAL	152,64
DENTISTIC A	85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRESCIMO	62,40
DENTISTIC A	85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	92,22
DENTISTIC A	85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	112,80
DENTISTIC A	85400262	PINO DE RETENÇÃO INTRARRADICULAR (PRE-FABRICADO)	134,16
DENTISTIC A	85100099	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 1 FACE	37,67
DENTISTIC A	85100102	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 2 FACES	55,72
DENTISTIC A	85100110	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 3 FACES	76,13
DENTISTIC A	85100129	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 4 FACES OU MAIS	86,33
DENTISTIC A	85100099	RESTAURACAO DE SUPERFICIE RADICULAR	112,80
ENDODONT IA	85200026	PREPARO PARA NUCLEO INTRARRADICULAR	71,28
ENDODONT IA	85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	71,28
ENDODONT IA	85200069	REMOÇÃO DE MATERIAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	71,28
ENDODONT IA	85200077	REMOÇÃO DE NUCLEO INTRARRADICULAR (POR ELEMENTO) [*]	71,28
ENDODONT IA	85200115	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM INCISIVOS OU CANINOS (INCLUSO REMOÇÃO DE OBTURAÇÃO RADICULAR) [*]	225,64
ENDODONT IA	85200107	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM MOLARES (INCLUSO REMOÇÃO DE OBTURAÇÃO RADICULAR) [*]	528,00
ENDODONT IA	85200093	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM PRE-MOLARES (INCLUSO REMOÇÃO DE OBTURAÇÃO RADICULAR) [*]	372,00
EXAMES	81000111	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	48,00

EXAMES	81000138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO-BUCO-MAXILO-FACIAL	48,00
EXAMES	81000154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	48,00
EXAMES	81000170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	48,00
EXAMES	84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	48,00
EXAMES	84000252	TESTE DE PH SALIVAR	57,60
ORTODONTIA	86000357	TRATAMENTO DE ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL CORRRETIVO COMPLETO	157,20
ORTODONTIA	86000373	TRATAMENTO DE ORTODONTIA E ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES - PREVENTIVO	134,59
PERIODONTIA	82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGADA (POR RAÍZ)	231,52
PERIODONTIA	82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGADA (POR RAÍZ)	222,49
PERIODONTIA	82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	137,34
PERIODONTIA	82000557	CUNHA PROXIMAL	117,72
PERIODONTIA	85300039	CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL (BOLSAS ACIMA DE 5 MM)	47,08
PERIODONTIA	82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE (POR SEXTANTE)	255,06
PERIODONTIA	82000689	ENXERTO PEDICULADO (POR SEXTANTE)	255,06
PERIODONTIA	82000921	GENGIVECTOMIA	176,58
PERIODONTIA	82001073	ODONTO-SECÇÃO COM OU SEM AMPUTAÇÃO RADICULAR (POR ELEMENTO)	176,58
PERIODONTIA	85400246	ORTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	470,88
PERIODONTIA	85300055	REMOÇÃO DE FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL	35,28
PRÓTESE	85400076	COROA PROVISORIA COM PINO	235,44
PRÓTESE	85400084	COROA PROVISORIA SEM PINO	235,44
PRÓTESE	85400211	NUCLEO DE PREENCHIMENTO	86,33
PRÓTESE	85400459	PROVISORIO PARA RESTAURAÇÃO METALICA FUNDIDA	76,32
PRÓTESE	85400114	REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL EM CEROMERO UNITÁRIA - (DENTE ANTERIOR)	494,42
PRÓTESE	85400149	REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METALICA UNITARIA	494,42
PRÓTESE	85400220	REABILITAÇÃO COM NUCLEO METALICO FUNDIDO (METAL NÃO NOBRE) (*)	184,43
PRÓTESE	85400556	REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METALICA FUNDIDA (METAL NAO NOBRE)	494,42
PRÓTESE	85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISORIA	35,28
PRÓTESE	85400467	RECIMENTAÇÃO DE PEÇA / TRABALHO PROTETICO	48,96
PRÓTESE	85400505	REMOÇÃO DE PEÇA / TRABALHO PROTETICO	62,40