uniodonto
Campinas

ANS - nº 350494

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – CONTRATO Nº

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

a) 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) Qualificação do doravante denominado Beneficiário Titular

Nome:			Nacionalidade:	
Filiação:			Nascido em: / /	
RG:	CPF:	E-mail:	Tel.:	
End.:			Nº	Compl.:
Bairro:	CEP:	Cidade:		UF:

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

Nome Comercial: **PLANO ESSENCIAL PLUS**	Registro de Produto ANS nº **498.300/24-9**

d) Tipo de Contratação: INDVIDUAL 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: PREESTABELECIDA

i) Serviços e Coberturas Adicionais

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

CIRURGIA

- Tracionamento Cirúrgico com Finalidade Ortodôntica

DENTÍSTICA

- Tratamento de Fluorose – Microabrasão

ENDODONTIA:

- Clareamento de Dente Desvitalizado

ODONTOPEDIATRIA

- Documentação Odontopediátrica: radiografia panorâmica; índice carpal; radiografias periapicais anteriores; radiografias interproximais de dentes decíduos; 9 fotos; modelos ortodônticos; pasta ortodôntica; caixa de modelos; CD
- Mantenedor de Espaço Fixo
- Mantenedor de Espaço Removível
- Plano Inclinado

PRÓTESE

- Conserto em Prótese Parcial Removível (colocação de dentes em consultório)
- Conserto em Prótese Total (em consultório)
- Coroa Total Acrílica Prensada
- Diagnóstico por Meio de Enceramento (caso clínico)
- Guia Cirúrgico para Prótese Total Imediata
- Pino de Retenção Intrarradicular Pré-Fabricado
- Placa de Acetato para Clareamento Caseiro (reposição)
- Reembasamento de Prótese Total ou Parcial (em consultório)

RADIOLOGIA

- Documentação Ortodôntica Completa (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; radiografia panorâmica; periapicais anteriores; 9 fotos intra e extraorais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; índice carpal; análise da via naso-faringeana (adenoide); previsão de erupção dos 3os molares e pasta);
- Documentação Ortodôntica Especial (Todo o conteúdo da Documentação Ortodôntica Completa acrescido de telerradiografia frontal; análise e traçado cefalométrico computadorizado; radiografias interproximais e foto do sorriso);
- Documentação Ortodôntica Simplificada (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; radiografia panorâmica; periapicais anteriores; 5 fotos intra e extraorais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; análise da via naso- faringeana (adenoide); CD e pasta);
- Documentação Ortopédica (Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico de Bimler e Mac Namara; radiografia panorâmica; 9 fotos; CD; modelos ortodônticos; modelos de trabalho; curva de reação Dr. Bimler; índice carpal; análise da via naso-farigeana (adenoide); previsão de erupção de terceiros molares; ficha para tratamento ortognático; pasta ortodôntica e caixa de modelos);
- Panorâmica da Mandíbula / Maxila com Traçado Cefalométrico
- Radiografia da ATM (Série Completa – três incidências)
- Radiografia Ântero-Posterior
- Radiografia Póstero-Anterior
- Telerradiografia
- Telerradiografia com Traçado Cefalométrico
- Traçado Cefalométrico Completo Aplicado

i) Preços	
1. VALORES CONTRATUAIS VIGENTES NA DATA DE ASSINATURA DO CONTRATO	
TÍTULOS	**VALOR UNITÁRIO**
Taxa de Inscrição (por beneficiário)	**R$**

Mensalidade nos 12 primeiros meses de vigência (por beneficiário)	**R$**
Pedido de Liberação de Carência – PLC (por beneficiário)	
Valor da emissão da 2ª via do Cartão Uniodonto (por perda ou dilaceramento: **R$**	
Valor máximo de reembolso de tratamento de urgência/emergência (p/evento): **R$**	

2. TOTAL A PAGAR NA DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO

TÍTULOS	VALOR UNITÁRIO	Nº DE ADESÕES	VALOR TOTAL
Taxa de Inscrição	**R$**		**R$**
Mensalidade	**R$**		**R$**
Pedido de Liberação de Carência – PLC,	**R$**		**R$**
Pagamento antecipado das 12 primeiras mensalidades do total de beneficiários	**R$**		**R$**
Total a pagar na data da assinatura do contrato			**R$**

j) Vencimento nos meses subsequentes: mesmo dia da assinatura contrato ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

PROCEDIMENTOS QUE CARACTERIZAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA DURANTE VINTE E QUATRO HORAS DE TODOS OS DIAS

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 extraoral e/ou intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
Remoção de dreno extraoral e/ou intraoral;
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 com curativo (excluindo restauração final).

DEPENDENTES INSCRITOS NA DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO

Nº	NOME	SEXO	DATA NASC	PARENTESCO	NÚMERO DO CPF

uniodonto Campinas

ANS - nº 350494

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.
O CONTRATANTE autoriza a UNIODONTO a realizar comunicações, inclusive a notificação em razão de eventual inadimplência, através dos seguintes meios alternativos: • **correio eletrônico (*e-mail*) com certificado digital ou com confirmação de leitura;** • **mensagem de texto para telefones celulares (SMS);** • **mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (tais como *Whatsapp, Telegram, Messenger*, etc.);** • **ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;** • **carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios;** • **pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante;** • **em área restrita da página institucional da Uniodonto na Internet e/ou por meio de aplicativo da Uniodonto para dispositivos móveis, desde que acessível por meio de *login* e senha pessoais;** • **edital, publicado em jornal de grande circulação do último domicílio conhecido do contratante, na forma das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).**
A presente Proposta de Adesão integra o contrato referente ao mesmo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar registrada no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Campinas sob o nº.

Data da assinatura do contrato:

CONTRATANTE: _____

Pela **Contratada**, Uniodonto de Campinas Cooperativa Odontológica

_____	_____
Vladimir Borin Pacheco Junior - Presidente -	Roberto Antonio Gobbo - Diretor de Operações de Mercado

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 498.300/24-9

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. O pedido de inclusão deverá conter todos os dados dos beneficiários exigidos pelas normas em vigor para cumprimento das normas e determinações da 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.

2.7.1. Também serão exigidos, no momento da contratação ou da inclusão de beneficiários, os dados cadastrais necessários ao estabelecido neste contrato, em especial de comunicação com os beneficiários, os quais devem ser mantidos atualizados pelo CONTRATANTE.

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
- Tratº 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
- Tunelização
- 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
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Odonto-Secção
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

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
- 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 de sua assinatura ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

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

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

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

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

6.2. Os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal	**Prazo Contratado**
Cirurgia	180 dias	**30 dias**
Condicionamento	180 dias	**30 dias**
Dentística	180 dias	**30 dias**
Diagnóstico	180 dias	**30 dias**
Endodontia	180 dias	**30 dias**
Exames	180 dias	**30 dias**
Periodontia	180 dias	**30 dias**
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	**30 dias**
Prótese	180 dias	**30 dias**
Radiologia	180 dias	**30 dias**
Urgência/Emergência	24 horas	**24 horas**

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

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

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

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

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, de forma impressa ou digital, 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 impressa do Cartão Individual de Identificação, deverá ocorrer a solicitação por escrito à UNIODONTO, que cobrará o valor previsto na proposta de adesão.

Divulgação da Rede

9.2. A relação da rede prestadora está disponível na *internet* no endereço http//www.uniodontocampinas.com.br ou através de aplicativo para *smartphone*.
9.2.1. A UNIODONTO fornecerá, por solicitação do CONTRATANTE, a relação impressa da rede prestadora com as mesmas informações dos meios eletrônicos.

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 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.

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 de a 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. A notificação de que trata esta cláusula pode ser realizada pelos seguintes meios, de forma alternativa:

a) correio eletrônico (*e-mail*) com certificado digital ou com confirmação de leitura;

b) mensagem de texto para telefones celulares (SMS);

c) mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (tais como *Whatsapp, Telegram, Messenger*, etc.);

d) ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;

carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios;

e) pessoalmente, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante;
f) em área restrita da página institucional da UNIODONTO na Internet e/ou por meio de aplicativo da UNIODONTO para dispositivos móveis, desde que acessível por meio de *login* e senha pessoais;
g) edital, publicado em jornal de grande circulação do último domicílio conhecido do contratante, na forma das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

14.4.3. 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 (denuncia 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 150.742, em 26.08.2021.

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 caso sejam impressos, 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, ou acesso indevido por terceiros no formato eletrônico, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso de meio impresso, 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.

Das disposições especiais relativas à proteção de dados pessoais

15.15. As partes concordam que o processamento de dados pessoais será sempre executado em conformidade com a Lei 13.709, de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), especialmente no que se refere aos seus princípios gerais estabelecidos no artigo 6º da referida Lei, bem como das normas derivadas da autorregulação pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e demais órgãos reguladores a que estiverem vinculadas, além das melhores práticas internacionais de segurança da informação e proteção de dados pessoais.

15.15.1. Nos termos desta cláusula, as atividades de tratamento de dados pessoais derivadas da execução deste contrato, somente poderão ser desenvolvidas, independentemente do meio onde sejam tratados os dados pessoais (físico ou digital), para alcançar a finalidade objeto do contrato e ou para cumprimento de obrigação legal.

15.16. A UNIODONTO, denominada daqui por diante **CONTROLADORA**, em razão dos serviços a serem desenvolvidos para cumprimento do objeto do contrato de plano de saúde exclusivamente odontológico necessita realizar o tratamento dos dados pessoais comuns e sensíveis do CONTRATANTE, bem como de seus dependentes eventualmente inscritos, de ora em diante denominados "**Titular dos Dados"** ou simplesmente "**Titular"** (independentemente de sua condição contratual como beneficiário titular ou beneficiário dependente).

15.16.1. Para o cumprimento de suas obrigações contratuais e legais, perante órgãos reguladores e governamentais, a **CONTROLADORA** terá o poder de decisão sobre os meios, conveniência e oportunidade de realizar o tratamento das informações do **TITULAR** na modalidade de compartilhamento com terceiros, necessários para o cumprimento de referidas obrigações, tendo como premissas a observância da estrita finalidade para o qual o dado foi coletado, sua adequação e efetiva necessidade, zelando pela transparência, segurança e no seu melhor interesse.

15.17. A **CONTROLADORA** esclarece desde já ao **TITULAR** que por exercer atividade regulada terá, obrigatoriamente, que compartilhar dados pessoais com referidos reguladores e órgãos governamentais zelando para que ocorra sem excessos, atendendo às normas de proteção de dados. Da mesma forma, estará a **CONTROLADORA** obrigada ao compartilhamento de dados pessoais requisitados por órgão judicial ou de polícia para fins investigativos.

15.18. Considerando que o atendimento é prestado pela rede cooperada/credenciada, bem como em estabelecimentos próprios da UNIODONTO, para a execução eficiente e plena do objeto do contrato, a UNIODONTO poderá eventualmente necessitar compartilhar dados pessoais do beneficiário com os referidos cooperados/credenciados/serviços próprios, seja por motivos operacionais ou mesmo de custo, garantindo-se dessa maneira a eficiente prestação do serviço, de forma que para efeito deste contrato:

a) o Cooperado/Credenciado/Serviço Próprio será qualificado como agente de tratamento de dados, na qualidade de OPERADOR sobre os dados que tem acesso através dos sistemas da UNIODONTO, especialmente sobre identificação, localização, elegibilidade, status clínico, prontuários eletrônicos e resultados de exames, se o caso.
b) o Cooperado/Credenciado/Serviço Próprio será qualificado como agente de tratamento de dados, na qualidade de **CONTROLADOR EM CONJUNTO** sobre os dados que coletar e enriquecer no atendimento clínico do beneficiário.

15.18.1. Aplica-se igualmente o disposto nesta cláusula quando a UNIODONTO, para o cumprimento do objeto deste contrato e atender a legislação da saúde suplementar em vigor, relacionar-se com estabelecimento de saúde não contratado/credenciado, observando-se todas as disposições de proteção de dados e segurança pertinentes.

15.19. Considerando que o custos do contrato comercializado pela **CONTROLADORA** estão sujeitos a variação em decorrência de usos abusivos e fraudes, visando atender aos interesses do próprio TITULAR e demais beneficiários, a **CONTROLADORA** realizará periodicamente auditorias odontológicas, internamente ou por meio de empresa especializada, o que exigirá o compartilhamento de dados pessoais para essa finalidade, mas que ocorrerá dentro dos limites legais impostos pela Lei Geral de Proteção de Dados, sendo disponibilizado ao TITULAR quando o caso, as informações sobre os agentes envolvidos na operação de tratamento de dados em questão de forma prévia e transparente, nos canais de comunicação mantidos com os beneficiários.

15.20. A UNIODONTO tem como uma das suas premissas viabilizar para o beneficiário o acesso aos melhores serviços e produtos para atendimento da sua condição de saúde, estabelecendo serviços e produtos que não sejam parte do seu escopo de contrato, por meio dos quais são garantidos descontos para os beneficiários titulares e dependentes do plano odontológico.

15.20.1. Para viabilização da implantação desses serviços e benefícios são compartilhados dados pessoais de identificação e localização do beneficiário para que possa ser identificado nos estabelecimentos conveniados e ter acesso aos benefícios e descontos negociados via convênio, cabendo ao beneficiário titular e seus dependentes manifestarem seu consentimento em termo específico, escrito ou eletrônico, no ato da contratação ou durante a sua execução.

XVI - ELEIÇÃO DE FORO

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

Data da Assinatura do Contrato:

CONTRATANTE: _____

CONTRATADA: UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Diferenças entre planos Individuais e Coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado. Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma Administradora de Benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

<table>
<tr><th></th><th>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</th><th colspan="2">PLANOS COLETIVOS</th></tr>
<tr><td>CARÊNCIA</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9656/1998: 24 horas para urgência / emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial
Com 30 participantes ou mais: Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
Com menos de 30 participantes: É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.
Coletivo por adesão
Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato; e,(2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</td></tr>
<tr><td>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA</td><td>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga no plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.
A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial
Com 30 participantes ou mais: Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante
Com menos de 30 participantes: É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.
Coletivo por adesão
É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</td></tr>
<tr><td>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</td><td colspan="3">É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</td></tr>
<tr><td>REAJUSTE</td><td>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração da idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003</td><td colspan="2">Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atendo à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.
Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz o monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</td></tr>
</table>

ANS - nº 350494

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informados pela operadora inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência	Nos contratos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição dos beneficiários aos planos coletivos: Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais: Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário é de 6 meses no mínimo e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial: Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestão. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Esse direito não existe caso tenha havido a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial: Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24 horas, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9656/1998. A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos e empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica: Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação: É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios: Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656). ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20.021-040 - Rio de Janeiro - RJ Disque-ANS: 0800-701-9656 - www.ans.gov.br - ouvidoria@ans.gov.br

unioodonto Campinas

ANS - nº 350494

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL		*Página do Contrato*
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano se destina à pessoa física ou jurídica. A Contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	**1**
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	**1**
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	**Não aplicável na segmentação exclusivamente odontológica**
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	**1**
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	**6**
EXCLUSÕES DA COBERTURA	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	**10**
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	**11**
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	**11**

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES (DLP)	Doenças e Lesões Pré-existentes (DLP) são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	**12**
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	**12**
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	**14**
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	**16**
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	**Não aplicável neste produto**

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans;gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656.

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa RN nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP 20.021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800-701-9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ANEXO I – COBERTURA DE PROCEDIMENTOS (X)	
Plano Essencial Plus - Regisro ANS nº 498.300/24-9	
CÓDIGO TUSS	**ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DO PROCEDIMENTO**
	CIRURGIA
82000034	Alveoloplastia ou Alveolotomia (por sextante)
82000182	Apicetomia em Caninos ou Incisivos
82000174	Apicetomia em Caninos ou Incisivos – com Obturação Retrógrada
82000166	Apicetomia em Molares
82000158	Apicetomia em Molares – com Obturação Retrógrada
82000085	Apicetomia em Pré-Molares
82000077	Apicetomia em Pré-Molares – com Obturação Retrógrada
82000190	Aprofundamento / Aumento de Vestíbulo (Sulcoplastia) (por arcada)
82000239	Biópsia de Boca
82000255	Biópsia de Lábio
82000247	Biópsia de Glândula Salivar
82000263	Biópsia de Língua
82000271	Biópsia de Mandíbula
82000280	Biópsia de Maxila
82000298	Bridectomia
82000301	Bridotomia
82000352	Cirurgia para Exostose Maxilar
82000336	Cirurgia Odontológica a Retalho (Exploratória)
82000360	Cirurgia para Torus Mandibular - Bilateral
82000387	Cirurgia para Torus Mandibular - Unilateral
82000395	Cirurgia para Torus Palatino
82000441	Coleta de Raspado em Lesões/Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
85200182	Curetagem Apical
82000778	Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
82000794	Exérese ou Excisão de Mucocele
82000808	Exérese ou Excisão de Rânula
82000743	Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
82000786	Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula / Maxila
82000832	Exodontia com Indicação Ortodôntica/Protética
82000859	Exodontia de Raíz Residual (por elemento)
82000816	Exodontia a Retalho
82000875	Exodontia Simples de Permanente (por elemento)
82000875	Exodontia Simples de Supranumerário
82000883	Frenulectomia Labial
82000891	Frenulectomia Lingual
82000905	Frenulotomia Labial
82000913	Frenulotomia Lingual
82001103	Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial
82001154	Reconstrução de Sulco Gengivo Labial
82001170	Redução Cruenta de Fraturas Alvéolo-Dentárias
82001189	Redução Incruenta de Fraturas Alvéolo-Dentárias

82001286	Remoção de Dentes Retidos (Inclusos ou Impactados) - **Dentes Inferiores**
82001286	Remoção de Dentes Retidos (Inclusos ou Impactados) - **Dentes Superiores**
82001294	Remoção de Dentes Retidos (Semi-Inclusos) - **Dentes Inferiores**
82001294	Remoção de Dentes Retidos (Semi-Inclusos) - **Dentes Superiores**
82001731	Remoção Dentes Semi-Inclusos ou Impactados Supranumerários - **Dentes Inferiores**
82001731	Remoção Dentes Semi-Inclusos ou Impactados Supranumerários - **Dentes Superiores**
82001740	Remoção Dentes Supranumerários (Inclusos ou Impactados) - **Dentes Inferiores**
82001740	Remoção Dentes Supranumerários (Inclusos ou Impactados) - **Dentes Superiores**
82001367	Remoção de Odontoma
82001502	Tracionamento Cirúrgico com Finalidade Protética
82001510	Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais
82001529	Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Sinusais
82001553	Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
82001588	Tratº Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial.
82001634	Tratamento Cirúrgico de Tumores Benígnos Odontogênicos sem Reconstrução
82001618	Tratamento Cirúrgico de Tumores Benígnos de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
82001596	Tratº Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Reg Buco-Maxilo-Facial
82001685	Tunelização (por elemento)
82001707	Ulectomia
82001715	Ulotomia
	CONDICIONAMENTO
81000014	Condicionamento em Odontologia
82000700	Estabilização de Paciente por meio de Contenção física ou mecânica
	CONSULTA / DIAGNÓSTICO
81000030	Consulta Odontológica: Exame Clínico e Plano de Tratamento
81000073	Consulta Odontológica para Avaliação Técnica de Auditoria
	DENTISTICA
85100242	Adequação de Meio Bucal
85400017	Ajuste Oclusal por Acréscimo
85100064	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
85100099	Restauração de Amálgama - 1 face
85100102	Restauração de Amálgama - 2 faces
85100110	Restauração de Amálgama - 3 faces
85100129	Restauração de Amálgama - 4 faces ou mais faces
85100196/1	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Anteriores)
85100196/2	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Posteriores)
85100200/1	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Anteriores)
85100200/2	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Posteriores)
85100218/1	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 3 ou + faces (Dentes Anteriores)
85100218/2	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 3 ou + faces (Dentes Posteriores)
85100226/1	Restauração em Resina Fotopolimerizável em Dente Anterior / Reconstrução Anatômica Fratura Ângulo
85100226/2	Restauração em Resina Fotopolimerizável em Dente Posterior / Reconstrução Anatômica Fratura
85100234	Tratamento de Fluorose - Microabrasão
	ENDODONTIA
85200018	Clareamento do Dente Desvitalizado (por elemento)
85100056	Curativo de Demora em Endodontia (Somente para Especialistas em Endodontia)
85200050	Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular (por elemento)
85200085	Restauração Temporária

85200115	Retratamento Endodôntico em Incisivos ou Caninos (c/ remoção de obturação radicular)
85200107	Retratamento Endodôntico em Molares (incluso remoção de obturação radicular)
85200093	Retratamento Endodôntico em Pré-Molares (incluso remoção de obturação radicular)
85200131	Tratamento Endodôntico de Dente com Rizogênese Incompleta
85200166	Tratamento Endodôntico em Incisivos ou Caninos

85200158	Tratamento Endodôntico em Molares
85200140	Tratamento Endodôntico em Pré-Molares
85200123	Tratamento de Perfuração Endodôntica
	EXAMES E TESTES DE LABORATÓRIO
81000111	Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Região Buco-Maxilo-Facial
81000138	Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biópsia na Região Buco-Maxilo-Facial
81000154	Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-Maxilo-Facial
81000170	Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-Maxilo-Facial
84000244	Teste de Fluxo Salivar
84000252	Teste de PH Salivar
	ODONTOPEDIATRIA
85100242	Adequação do Meio Bucal
84000031	Aplicação de Cariostático
84000112	Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado
84000074	Aplicação de Selante de Fóssulas e Fissuras (por elemento)
84000058	Aplicação de Selante - Técnica Invasiva (por elemento)
83000020	Coroa de Acetato em Dente Decíduo
87000040	Coroa de Acetato em Dente Permanente
83000046	Coroa de Aço em Dente Decíduo
87000059	Coroa de Aço em Dente Permanente
83000062	Coroa de Policarbonato em dente Decíduo
87000067	Coroa de Policarbonato em dente Permanente
00000800	Documentação Odontopediátrica (Uniodonto Campinas): Panorâmica; índice carpal; periapicais anteriores; interproximais de decíduos; 9 fotos; modelos ortodônticos; pasta ortodôntica; caixa de modelos; CD
83000089	Exodontia Simples de Decíduo
83000097	Mantenedor de Espaço Fixo
83000100	Mantenedor de Espaço Removível
86000551	Plano Inclinado
83000127	Pulpotomia
84000201	Remineralização Fluorterápica
85100080	Restauração Atraumática em Dente Permanente
83000135	Restauração Atraumática em Dente Decíduo
85100137	Restauração em Ionômero de Vidro - 1 face
85100145	Restauração em Ionômero de Vidro - 2 faces
85100153	Restauração em Ionômero de Vidro - 3 faces
85100161	Restauração em Ionômero de Vidro - 4 faces
83000151	Tratamento Endodôntico em Decíduos
	ORTODONTIA
00006245	Documentação Ortodôntica Simplificada (Uniodonto Campinas): Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; panorâmica; periapicais anteriores; 5 fotos intra e extra-orais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; análise da via naso-farìngeana (adenóide); CD; pasta

00006250	Documentação Ortodôntica Completa (Uniodonto Campinas): 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-faringeana (adenóide); previsão de erupção dos 3ºs. molares; CD; pasta
00006260	Documentação Ortodôntica Especial (Uniodonto Campinas): Todo o conteúdo do código 6250, acrescido de teleradiografia frontal; análise e traçado cefalométrico computadorizado; radiografias interproximais; foto do sorriso
00006270	Documentação Ortopédica (Uniodonto Campinas): 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-farigeana (adenóide); previsão de erupção de terceiros molares; ficha para tratamento ortognático; pasta ortodôntica; caixa de modelos
83000097	Mantenedor de Espaço Fixo
83000100	Mantenedor de Espaço Removível

86000551	Plano Inclinado

	PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
87000016	Atividade Educativa em Odontologia para Pais e ou Cuidadores de PNE
87000032	Condicionamento em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
87000148	Estabilização de PNE por meio de Contenção Física e/ou Mecânica
	PERIODONTIA
85400025	Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo
82000050	Amputação Radicular Com Obturação Retrógada (por raíz)
82000069	Amputação Radicular Sem Obturação Retrógada (por raíz)
82000212	Aumento de Coroa Clínica
82000417	Cirurgia Periodontal a Retalho
82000557	Cunha Proximal
85300039	Curetagem de Bolsa Periodontal (bolsas acima de 5 mm)
85300012	Dessensibilização Dentária
82000662	Enxerto Gengival Livre (por sextante)
82000689	Enxerto Pediculado (por sextante)
82000921	Gengivectomia
82000948	Gengivoplastia
85300020	Imobilização Dentária para Dentes Permanentes
82001073	Odonto-Secção
85300047	Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário (sondagem até 5 mm)
85300055	Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental
82001464	Sepultamento Radicular (por elemento)
	PREVENÇÃO + ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL
84000090	Aplicação Tópica de Flúor
87000024	Atividade Educativa para Pais e/ou Cuidadores
84000139	Atividade Educativa em Saúde Bucal - Orientação (apenas uma por tratamento)
84000163	Controle de Biofilme (Placa Bacteriana)
84000198/1	Profilaxia: Polimento Coronário das Quatro Hemiarcadas (apenas uma por tratamento)
84000198/2	Profilaxia: Polimento Coronário Complementar (apenas uma por tratamento)
	PRÓTESE (Incluidas as Peças Protéticas)
85400041	Conserto em Prótese Parcial Removível (colocação de dentes em consultório)
85400068	Conserto em Prótese Total (consultório)
85400076	Coroa Provisória **com** pino
85400084	Coroa Provisória **sem** pino
85400092	Coroa Total Acrílica Prensada
81000243	Diagnóstico por Meio de Enceramento (caso clínico)
85400203	Guia Cirúrgico Para Prótese Total Imediata
85400262	Pino de Retenção Intrarradicular metálico (pré-fabricado)
85100072	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro (Reposição)
85400459	Provisório para Restauração Metálica Fundida
85400114	Reabilitação com Coroa Total em Cerômero Unitária (Dente Anterior)
85400149	Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária
85400467	Recimentação de Trabalho Protético
85400475	Reembasamento de Coroa Provisória
85400483	Reembasamento de Prótese Total ou Parcial (em consultório)
85400505	Remoção de Trabalho Protético
85400556	Restauração Metálica Fundida (metal não nobre)
	RADIOLOGIA

81000294	Levantamento Periapical (Completo - 14 RX)
81000405	Panorâmica de Mandíbula / Maxila (Ortopantomografia)
81000413	Panorâmica de Mandíbula / Maxila Com Traçado Cefalométrico
81000340	Radiografia da ATM (três incidências - unilateral)
81000324	Radiografia Ântero-Posterior

81000421	Radiografia Inicial e Final para Tratamento Endodôntico e Protético
81000375	Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
81000375	Radiografia Interproximal (Bite-Wing) - Série completa (4 Rx)
81000383	Radiografia Oclusal
81000421	Radiografia Periapical (máximo 8)
81000570	Radiografia Periapical (Técnica de Clark - 3 RX)
81000430	Radiografia Póstero-Anterior
81000472	Telerradiografia
81000480	Telerradiografia com Traçado Cefalométrico
81000537	Traçado Cefalométrico Completo Aplicado
	URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
85100013	Capeamento Pulpar Direto com Curativo (Excluindo Restauração Final)
85100048	Colagem de Fragmentos Dentários
82000468	Controle de Hemorragia **Com** Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-Maxilo-Facial
82000484	Controle de Hemorragia **Sem** Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-Maxilo-Facial
81000049	Consulta Odontológica de Urgência / Emergência
85200174	Curativo Endodôntico em Situação de Urgência
82000700	Estabilização de Paciente por Meio de Contenção Física ou Mecânica
87000148	Estabilização de Paciente por Meio de Contenção Física ou Mecânica **(PNE)**
85300020	Imobilização Dentária para Dentes Permanentes
85000787	Imobilização Dentária para Dentes Decíduos
82001022	Incisão e Drenagem Extraoral de Abcesso, Hematoma e/ou flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
82001030	Incisão e Drenagem Intraoral de Abscesso, Hematoma e/ou flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
85200034	Pulpectomia (Odontalgia Aguda)
85200042	Pulpotomia (Odontalgia Aguda)
85400467	Recimentação de Trabalho Protético
82001197	Redução Simples de Luxação de Articulação Têmporo-Mandibular
85400475	Reembasamento de Coroa Provisória
82001251	Reimplante Dentário Com Contenção
82001308	Remoção de Dreno Extraoral
82001316	Remoção de Dreno Intraoral
85200069	Remoção de Material Obturador Intra Canal para Retratamento Endodôntico
85200085	Restauração Temporária / Tratamento Expectante
82001499	Sutura de Ferida em Região Buco-Maxilo-Facial
85300063	Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo
82001650	Tratamento de Alveolite
85300080	Tratamento de Pericoronarite
82001642	Tratamento Conservador de Luxação da Articulação Têmporo-Mandibular-ATM