

Operadora: Uniodonto Metropolitana  
 CNPJ: 01.066.312/0001-60  
 Nº Registro na ANS: 38.233-7  
[comercial@uniodonto-metropolitana.com.br](mailto:comercial@uniodonto-metropolitana.com.br)  
 Telefones: (21) 2771-7295 ou (21) 2671-8785  
 WhatsApp: (21) 99792-3322

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PLANO EMPRESARIAL**

### **I - ATRIBUTOS DO CONTRATO**

Este instrumento particular tem por objetivo regular a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, inciso. I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

### **II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- O cônjuge;
- O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- Os filhos e enteados,
- Os tutelados e os menores sob guarda;
- do grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade.

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

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

A contratada cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e condições estabelecidas no contrato, das despesas de assistência odontológica, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento, visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, incluindo:

#### **DIAGNÓSTICO:**

- Consulta inicial.
- Exame histopatológico.
- Teste de fluxo salivar

#### **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:**

- Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial
- Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose.
- Imobilização dentária temporária.
- Recimentação de trabalho protético.
- Tratamento de alveolite.
- Colagem de fragmentos.
- Incisão e drenagem de abscesso extra-oral.
- Incisão e drenagem de abscesso intra-oral.
- Reimplante de dente avulsionado.

#### **RADIOLOGIA:**

- Radiografia periapical.
- Radiografia bite-wing.
- Radiografia oclusal.
- Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)

#### **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:**

- Atividade educativa.
- Evidenciação de placa bacteriana.
- Profilaxia - polimento coronário.

- Fluoroterapia.
- Aplicação de selante.
- Condicionamento em odontologia

#### **DENTÍSTICA:**

- Aplicação de carióstático.
- Adequação do meio bucal.
- Restauração de 1 (uma) face.
- Restauração de 2 (duas) faces.
- Restauração de 3 (três) faces.
- Restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta.
- Restauração de superfície radicular.
- Núcleo de preenchimento.
- Ajuste oclusal.

#### **PERIODONTIA:**

- Raspagem supra-gengival e polimento coronário.
- Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal.
- Imobilização dentária temporária ou permanente.
- Gingivectomia/gingivoplastia.
- Aumento de coroa clínica.
- Cunha distal.
- cirurgia periodontal a retalho.

#### **ENDODONTIA:**

- Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final.
- Pulpotomia.
- Remoção de núcleo intra-radicular/corpo estranho.
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto.
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos.
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos.
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais.
- Retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares.
- Tratamento endodôntico em dentes decíduos.
- Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta.
- tratamento de perfuração radicular.

#### **CIRURGIA:**

- Alveoplastia.
- Apicectomia unirradicular.
- Apicectomia birradicular.
- Apicectomia trirradicular.
- Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada.
- Apicectomia birradicular com obturação retrógrada.
- Apicectomia trirradicular com obturação retrógrada.
- Biópsia.
- Cirurgia de tórus unilateral.
- Cirurgia de tórus bilateral.
- Correção de bridas musculares.
- Excisão de mucocele.
- Excisão de rânula.
- Exodontia a retalho.
- Exodontia de raiz residual.
- Exodontia simples
- Exodontia de dente decíduo.
- Redução cruenta (fratura alvéolo dentária).
- Redução incruenta (fratura alvéolo dentária).
- Frenectomia labial.
- Frenectomia lingual.
- Remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados).
- Sulcoplastia.
- Ulectomia.
- Hemisseção com ou sem amputação radicular.
- Redução de luxação da ATM
- Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila
- Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusiais
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila

Operadora: Uniodonto Metropolitana  
 CNPJ: 01.066.312/0001-60  
 Nº Registro na ANS: 38.233-7  
[comercial@uniodonto-metropolitana.com.br](mailto:comercial@uniodonto-metropolitana.com.br)  
 Telefones: (21) 2771-7295 ou (21) 2671-8785  
 WhatsApp: (21) 99792-3322

XXXII – Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução  
**PRÓTESE:**

- I – Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato
- II – Reabilitação com coroa de jaqueta acrílica unitária (dentes anteriores) – inclui peça protética
- III – Reabilitação com coroa total de cerômero unitária (dentes anteriores) – inclui peça protética
- IV – Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui pela protética
- V – Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui peça protética
- VI – Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui peça protética
- VII – Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF.

A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológica, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo contrato.

#### IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. Não estão cobertos pelo plano:
  - a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
  - b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
  - c) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes da execução de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
  - d) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
  - e) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
  - f) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
  - g) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
  - h) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
  - i) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
  - j) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
  - l) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
  - m) restaurações para fins estéticos;
  - n) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;
  - o) atos de implante e prótese;
  - p) os serviços de implantação/manutenção e o fornecimento de aparelhos ortopédicos e ortodônticos removíveis; e
  - q) os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

#### V - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

#### VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Os usuários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

Procedimentos	Prazo
Diagnóstico; (Consulta)	30 dias
Urgência / Emergência;	24 horas
Radiologia; (Raio X)	90 dias
Prevenção em Saúde Bucal; (Limpeza)	180 dias
Dentística; (Obturações)	180 dias
Periodontia; (Tratamento de gengiva)	90 dias
Endodontia; (Tratamento de canal)	180 dias
Cirurgia; (Inclusive de sisos)	180 dias
Próteses; (Bloco, coroa e pinos)	180 dias
Demais Casos	180 dias

Em caso de urgência/emergência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas.

A contagem da carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão pelo USUÁRIO.

**Não será exigida carência quando houver 30 beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário.**

#### VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Não se aplica.

#### VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da CONTRATADA:

- I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
- II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- III - Imobilização dentária temporária;
- IV - Recimentação de trabalho protético;
- V - Tratamento de alveolite;
- VI - Colagem de fragmentos;
- VII - Incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- VIII - Incisão e drenagem de abscesso intra-oral; e
- IX - Reimplante de dente avulsionado.

Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

#### DO REEMBOLSO:

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- 1- Solicitação, por escrito, do beneficiário titular, do reembolso do custo do tratamento de urgência/emergência, informando os motivos de não haver realizado tratamento com dentista cooperado da CONTRATADA.
- 2- Laudo descritivo, efetuado pelo profissional executante, detalhado da situação encontrada (diagnóstico), procedimentos realizados e medicamentos utilizados e prescritos (tratamento) e indicações para tratamento (prognóstico); em receiptuário timbrado ou similar, contendo nome, endereço completo, telefones, CRO, CPF, do mesmo, assinado e carimbado, com data, horário do atendimento, e nome completo do beneficiário atendido.

3- Nota Fiscal descritiva ou similar, em nome do beneficiário atendido.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

#### IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO PROCEDIMENTOS

Operadora: Uniodonto Metropolitana  
 CNPJ: 01.066.312/0001-60  
 Nº Registro na ANS: 38.233-7  
[comercial@uniodonto-metropolitana.com.br](mailto:comercial@uniodonto-metropolitana.com.br)  
 Telefones: (21) 2771-7295 ou (21) 2671-8785  
 WhatsApp: (21) 99792-3322

Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o Manual do Beneficiário vigente, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede CONTRATADA que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

O cirurgião-dentista emitirá orçamento dos atos odontológicos que deverão ser realizados, para que seja aprovado pela CONTRATADA, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não cooperados.

A CONTRATADA 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.

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

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

#### DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da CONTRATADA e por um terceiro escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a CONTRATADA, cuja remuneração ficará a cargo da desta, bem como do odontólogo do beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

#### DA DIVULGAÇÃO DA REDE

No ato da contratação é entregue ao beneficiário o GUIA ODONTOLÓGICO editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços.

O beneficiário poderá ter acesso as atualizações do guia odontológico na sede da Contratada, solicitação através do telefone ou na internet.

#### **X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

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

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato, nesta modalidade de contratação, é de 05 usuários.

No decorrer da vigência do contrato, se a quantidade de usuários ficar abaixo do número mínimo indicado no parágrafo anterior, a CONTRATANTE se obriga a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados, até atingir esse mínimo.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impuntualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

#### **XI – REAJUSTE**

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IGPM. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 01 mês em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = \frac{S - 1}{Sm}$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

4. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

#### **XII - FAIXAS ETÁRIAS**

Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em relação à idade dos usuários.

#### **XIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

Das Condições de Permanência no Plano

##### DO DEMITIDO

A COOPERATIVA assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à COOPERATIVA o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/98). O exonerado ou demitido deverá expressar seu desejo de manutenção no plano, por escrito, no prazo máximo de trinta dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

##### DO APOSENTADO

A COOPERATIVA assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à COOPERATIVA o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98). O aposentado deverá expressar seu desejo de manutenção no plano, por escrito, no prazo máximo de trinta dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Operadora: Uniodonto Metropolitana

CNPJ: 01.066.312/0001-60

Nº Registro na ANS: 38.233-7

[comercial@uniodonto-metropolitana.com.br](mailto:comercial@uniodonto-metropolitana.com.br)

Telefones: (21) 2771-7295 ou (21) 2671-8785

WhatsApp: (21) 99792-3322

Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

O direito assegurado ao beneficiário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

A condição de beneficiário assegurada deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular, demitido ou aposentado, em outro emprego.

O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

Nos planos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência odontológica.

No caso de cancelamento do benefício, os usuários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, por escrito, após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da COOPERATIVA sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- A contratada disponha de um Plano individual ou Familiar;
  - O Beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;
  - O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;
- Incluem-se no universo de usuários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

#### XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- pela rescisão do presente contrato;
- pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- a pedido do beneficiário titular;
- fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

4. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- fraude;
- por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

#### XV - RESCISÃO

##### SUSPENSÃO

1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 05 (cinco) dias implicará, mediante comunicação escrita, na suspensão do contrato, ficando suspensas as aprovações de orçamentos e a execução de tratamentos não iniciados, de todos os usuários inscritos, até a efetiva regularização do débito.

##### RESCISÃO

2. O descumprimento de qualquer cláusula do presente contrato enseja sua rescisão mediante comunicação escrita, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

2.1. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

- fraude comprovada;
- o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que a CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
- as exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 05 pessoas, ou ainda, nos primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;

d) descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato.

3. Antes do término dos primeiros 12 meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas abaixo:

- quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus; ou
- imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

4. Após a vigência do período de doze meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

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

#### XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Cartão de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00 (dez reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Os usuários 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.

São adotadas as seguintes definições:

**ACIDENTE PESSOAL:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL:** é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

**BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

**CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

**CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

**CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.

**CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:** relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

**CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

**CO-PARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

**CONSULTA:** é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.

**CONTRATADA:** operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora conveniado.

Operadora: Uniodonto Metropolitana  
 CNPJ: 01.066.312/0001-60  
 Nº Registro na ANS: 38.233-7  
[comercial@uniodonto-metropolitana.com.br](mailto:comercial@uniodonto-metropolitana.com.br)  
 Telefones: (21) 2771-7295 ou (21) 2671-8785  
 WhatsApp: (21) 99792-3322

**DEPENDENTE:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

**EVENTO:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

**EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

**FRANQUIA:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

**MENSALIDADE:** é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

**ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

**PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

**PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

**PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

**TITULAR:** é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:** consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

#### XVII - ELEIÇÃO DE FORO

Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente contrato, fica eleito o Foro da CONTRATANTE, renunciando-se qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Assinam o presente contrato em 2 (duas) vias, de igual forma e teor para que produza os efeitos legais.

### TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Pelo presente termo aditivo entre Contratante Empresa e Contratada Uniodonto Metropolitana Cooperativa Odontológica, que decidem alterar a Cláusula VI do contrato, através deste Termo Aditivo.

As partes de comum acordo resolvem alterar as carências que passam a ter os seguintes prazos, para contratos de 03 (três) até 19 (dezenove) usuários, conforme quadro abaixo.

Procedimentos	Prazo
Diagnóstico; (Consulta)	24 horas
Urgência / Emergência;	24 horas
Radiologia; (Raio X)	24 horas
Prevenção em Saúde Bucal; (Limpeza)	24 horas
Dentística; (Obturações)	30 dias
Periodontia; (Tratamento de gengiva)	30 dias
Cirurgia; (Inclusive de sisos)	30 dias
Endodontia; (Tratamento de canal)	90 dias
Próteses; (Bloco, coroa e pinos)	180 dias
Demais Casos	180 dias

Contratos com 20 (vinte) ou mais usuários a carência é zero.

Pelo presente Termo Aditivo, as partes assinam em duas vias de igual forma e teor, reconhecendo como parte integrante do Contrato a partir da data da assinatura

\_\_\_\_\_  
 Empresa – Contratante

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local

\_\_\_\_\_  
 UNIODONTO Metropolitana Cooperativa Odontológica

\_\_\_\_\_  
 Empresa – Contratante

\_\_\_\_\_  
 UNIODONTO Metropolitana Cooperativa Odontológica