

**INSTRUMENTO ADITIVO DE CONTRATO UNI MASTER COLETIVO EMPRESARIAL,
REGISTRADO NA ANS SOB O Nº 467.071/12-0**

Pelo presente instrumento particular, de um lado ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA, com nome fantasia CRESM - PROF. JAMIL ISSY, Sociedade Empresária Limitada, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.812.043/0012-50, com sede no Endereço: AV TANNER DE MELO, QUADRAGLEBA 02 LOTE PARTE 02, FAZENDA SANTO ANTONIO, APARECIDA DE GOIANIA-GO CEP: 74.993-551, neste ato por seu(s) representante(s) legal(is), doravante denominada CONTRATANTE, e de outro, UNIODONTO GOIÂNIA – COOPERATIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS, inscrita no CNPJ/MF sob no 00.891.689/0001-91 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 35.843-6, com sede na Rua T-27, Nº 1.115, Quadra. 65, Lote.04, Setor Bueno, CEP: 74.215-030, Goiânia, GO, neste ato por seu Presidente, Dr. Fábio Araújo Gonçalves Prudente, e sua Diretora de Mercado, Dra. Neirimar Norberto de Sousa, doravante denominada UNIODONTO, resolvem em relação ao plano odontológico celebrado em Goiânia, PLANO UNI MASTER CE Registrado na ANS Sob o Nº 467.071/12-0.

- I) Será reajustado o valor da mensalidade contratada no percentual de 9,61% (nove virgula sessenta e um por cento), passando de R\$ 20,59 (vinte reais e cinquenta e nove centavos) para R\$ 22,57 (vinte e dois reais e cinquenta e sete centavos), a partir de setembro/2025 a agosto/2026.
- II) No período de 01 de setembro de 2025 a 25 de novembro de 2025, todas as inclusões de beneficiários, titulares ou dependentes, serão isentas do cumprimento de carência.
- III) Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições contratuais, que não tenham sido expressamente modificadas e/ou revogadas pelo presente Aditivo.

Goiânia, 29 de agosto de 2025.

CONTRATADA:

UNIODONTO GOIÂNIA COOPERATIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS
Dr Fábio Araújo Gonçalves Prudente
Diretor Presidente

Dra Neirimar Norberto de Sousa
Diretora de Mercado

CONTRATANTE:

Assinado por:

SALVETE MARIA DE SOUSA REIS

3D4A84DC95624D3

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA

Rubrica

DS

Sede Administrativa

Rua T-27, 1115 - QD 65 LT 04

St. Bueno - Goiânia/GO (62)3254-9100
uniodontogoiânia.coop.br

Plantão 24 horas

Rua T-27, 1190 - QD 66 LT 11

St. Bueno - Goiânia/GO (62)3254-9100
uniodontogoiânia.coop.br

Responsável Técnico: Neirimar Norberto de Sousa CRO-GO: CD - 3451

Uniodonto Goiânia CRO nº 079

ANS nº 35.843-6

ANS 0800 7019656
www.ans.gov.br

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: DB50E02E-E1DC-4DC1-BC76-C05DF0157444

Status: Concluído

Assunto: TERMO ADITIVO UNI MASTER CE - SETEMBRO - ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPE...

Envelope fonte:

Documentar páginas: 1

Assinaturas: 1

Certificar páginas: 6

Rubrica: 1

Assinatura guiada: Ativado

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Remetente do envelope:

Jackeline Araujo dos Santos Feliciano

Rua T-27 N°1115

Goiania, GO 74215-030

jackeline.feliciano@uniodontogoiania.com.br

Endereço IP: 200.233.196.249

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Jackeline Araujo dos Santos Feliciano

Local: DocuSign

09-09-2025 | 14:13

jackeline.feliciano@uniodontogoiania.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Diego Silva

diego.silva@cresm-go.org.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
(Nenhuma)Rubrica


Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 187.51.6.90

Enviado: 09-09-2025 | 14:19

Reenviado: 11-09-2025 | 10:41

Reenviado: 17-09-2025 | 08:33

Reenviado: 22-09-2025 | 08:19

Reenviado: 24-09-2025 | 08:13

Visualizado: 24-09-2025 | 09:27

Assinado: 24-09-2025 | 09:29

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 24-09-2025 | 09:27

ID: 0af35208-2fa1-4fb5-9f26-ab869d06dd0c

SALETE MARIA DE SOUSA REIS

salete.maria@cresm-go.org.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
(Nenhuma)Assinado por:

2D1AA4DC95624D3...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 187.51.6.90

Enviado: 09-09-2025 | 14:18

Reenviado: 11-09-2025 | 10:41

Visualizado: 11-09-2025 | 14:36

Assinado: 11-09-2025 | 14:39

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 11-09-2025 | 14:36

ID: 13d01ee5-0b6a-43ac-88bb-6500c7bde15c

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data****Eventos com testemunhas****Assinatura****Registro de hora e data****Eventos do tabelião****Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de resumo do envelope****Status****Carimbo de data/hora**

Envelope enviado

Com hash/criptografado

09-09-2025 | 14:18

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope atualizado	Segurança verificada	09-09-2025 14:19
Entrega certificada	Segurança verificada	11-09-2025 14:36
Assinatura concluída	Segurança verificada	11-09-2025 14:39
Concluído	Segurança verificada	24-09-2025 09:29

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIOES DENTISTAS (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically

Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIOES DENTISTAS:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To contact us by email send messages to: edson.souza@uniodontogoiania.com.br

To advise UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIOES DENTISTAS of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at edson.souza@uniodontogoiania.com.br and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIOES DENTISTAS

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to edson.souza@uniodontogoiania.com.br and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

To withdraw your consent with UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIOES DENTISTAS

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

- i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;
- ii. send us an email to edson.souza@uniodontogoiania.com.br and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. We do not need any other information from you to withdraw consent.. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process..

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: <https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements>.

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures', you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIOES DENTISTAS as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIOES DENTISTAS during

the course of your relationship with UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIOES DENTISTAS.

INSTRUMENTO ADITIVO DE CONTRATO

Pelo presente instrumento particular, de um lado **ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA** com nome fantasia de **CRESM Prof. Jamil Issy**, Associação Privada, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.812.043/0012-50, com sede na AV TANNER DE MELO, nº 0, QUADRAGLEBA 02 LOTE PARTE 02 FAZENDA SANTO ANTONIO, na cidade de APARECIDA DE GOIANIA, GO, CEP 74.993-551 neste ato por seu(s) representante(s) legal(isso), doravante denominada CONTRATANTE, e de outro, UNIODONTO GOIÂNIA – COOPERATIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS, inscrita no CNPJ/MF sob no 00.891.689/0001-91 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 35.843-6, com sede na Rua T-27, Nº 1.115, Qd. 65, Lt.04, Setor Bueno, CEP: 74.215-030, Goiânia, GO, neste ato por seu Presidente, Dr. Fábio Araújo Gonçalves Prudente, e sua Diretora de Mercado, Dra. Neirimar Norberto de Sousa, doravante denominada UNIODONTO, resolvem em relação ao plano odontológico celebrado em 01 de setembro de 2022, PLANO UNI MASTER CE Registrado na ANS Sob o Nº 467.071/12-0.

I) O valor da mensalidade contratada será de R\$20,59 (vinte reais e cinquenta e nove centavos), da fatura com vencimento em Outubro de 2024 a Agosto de 2025.

II) No período de 01 de OUTUBRO de 2024 a 25 de DEZEMBRO de 2024, todas as inclusões debeneficiários, titulares ou dependentes, serão isentas do cumprimento de carência

III) Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições contratuais, que não tenham sido expressamente modificadas e/ou revogadas pelo presente Aditivo.

Goiânia, 01 de setembro de 2024.

CONTRATADA:

UNIODONTO GOIÂNIA COOPERATIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS

Dr Fábio Araújo Gonçalves Prudente
Diretor Presidente

Dra Neirimar Norberto de Sousa
Diretora de Mercado

CONTRATANTE:

SALETE MARIA DE
SOUSA
REIS:64365638149

Assinado de forma digital
por SALETE MARIA DE
SOUSA REIS:64365638149
Dados: 2024.10.10 10:55:54
-03'00'

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA



INSTRUMENTO ADITIVO DE CONTRATO

Pelo presente instrumento particular, de um lado **ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA** com nome fantasia de **CRESM Prof. Jamil Issy**, Associação Privada, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.812.043/0012-50, com sede na AV TANNER DE MELO, nº 0, QUADRAGLEBA 02 LOTE PARTE 02 FAZENDA SANTO ANTONIO, na cidade de APARECIDA DE GOIANIA, GO, CEP 74.993-551 neste ato por seu(s) representante(s) legal(isso), doravante denominada CONTRATANTE, e de outro, UNIODONTO GOIÂNIA – COOPERATIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS, inscrita no CNPJ/MF sob no 00.891.689/0001-91 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 35.843-6, com sede na Rua T-27, Nº 1.115, Qd. 65, Lt.04, Setor Bueno, CEP: 74.215-030, Goiânia, GO, neste ato por seu Presidente, Dr. Fábio Araújo Gonçalves Prudente, e sua Diretora de Mercado, Dra. Neirimar Norberto de Sousa, doravante denominada UNIODONTO, resolvem em relação ao plano odontológico celebrado em 01 de setembro de 2022, PLANO UNI MASTER CE Registrado na ANS Sob o Nº 467.071/12-0.

I) O valor da mensalidade contratada será de R\$19,00 (dezenove reais), da fatura com vencimento em Setembro de 2024.

II) Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições contratuais, que não tenham sido expressamente modificadas e/ou revogadas pelo presente Aditivo.

Goiânia, 01 de setembro de 2024.

CONTRATADA:



UNIODONTO GOIÂNIA COOPERATIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS

Dr Fábio Araújo Gonçalves Prudente
Diretor Presidente

Dra Neirimar Norberto de Sousa
Diretora de Mercado

CONTRATANTE:

SALETE MARIA
DE SOUSA
REIS:643656381
49

Assinado de forma
digital por SALETE
MARIA DE SOUSA
REIS:64365638149
Dados: 2024.10.10
10:55:05 -03'00'

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA



PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO
CONTRATO CELEBRADO
ENTRE CRESM E UNIODONTO
GOIÂNIA – COOPERATIVA DE
CIRURGIÕES-DENTISTAS.

1º TERMO ADITIVO

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESPERANÇA E VIDA – CRESM APARECIDA DE GOIANIA, pessoa jurídica, associação civil de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 02.812.043/0012-50 com sede a Avenida Tanner de Melo s/nº Quadra: Gleba, Lote: Parte II, Fazenda Santo Antônio - Aparecida de Goiânia - Goiás; CEP 74.993-551 - **CONTRATANTE** e **UNIODONTO GOIÂNIA – COOPERATIVA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 00.891.689/0001-91, com sede na Rua T-27, nº 1115, Qd. 65, Lt. 04, Setor Bueno, Goiânia – GO, de modo a resguardar o cumprimento do objeto contratado e após tratativas, têm entre si e justo e acertado o presente instrumento complementar ao contrato, nos termos e cláusulas seguintes:

RESOLVEM:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA

- 1.1. Os contratantes resolvem alterar os termos do contrato quanto à vigência, de forma que o presente aditivo vigorará a partir do dia 02/09/2023, findando-se no dia 01/09/2024.
- 1.2. Decorrido o prazo descrito nesta cláusula, a renovação por um novo período dependerá de assinatura de um termo aditivo firmado entre as partes.
- 1.3. As partes reconhecem que, tendo o presente contrato por pressuposto o contrato de gestão entre a CONTRATANTE e a SES/GO, caso o mesmo seja rescindido, ficará automaticamente rescindido o presente instrumento, sem prejuízo do pagamento dos serviços prestados.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 2.1 A contratada fica obrigada a apresentar, juntamente com a Nota Fiscal dos serviços prestados, as certidões negativas (federal, estadual, municipal, trabalhista, FGTS), o



cartão CNPJ, bem como o relatório de atividades realizadas, sob pena de suspensão do pagamento até que os documentos sejam apresentados, em razão da obrigação da CONTRATANTE de prestar contas à SES/GO.

As demais cláusulas permanecem inalteradas.

E, por estarem assim, justos e contratados, depois de lido e achado conforme, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas qualificadas para que produzam um só fim de direito.

Aparecida de Goiânia, 02 de setembro de 2023.

CRESM APARECIDA DE GOIANIA

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANÇA E VIDA

CNPJ/MF: 02.812.043/0012-50

UNIODONTO GOIÂNIA – COOPERATIVA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS

CNPJ/MF 00.891.689/0001-91

TESTEMUNHAS:

NOME:

CPF:

NOME:

CPF:

PROPOSTA DE ADESÃO

Qualificação da operadora

UNIODONTO GOIÂNIA – COOPERATIVA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS, inscrita no CNPJ/MF sob no 00.891.689/0001-91 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 35.843-6, com sede na Rua T-27, nº 1115, Qd. 65, Lt. 04, Setor Bueno, Goiânia - GO, neste ato por seu Presidente, Dr. Fábio Araújo Gonçalves Prudente, e sua Diretora de Mercado, Dra. Emília Ponciano Trevenzoli, doravante denominada **UNIODONTO**.

Qualificação do Contratante

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA, pessoa jurídica de direito privado, com o nome de fantasia de CREDEQ APARECIDA DE GOIANIA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.812.043/0012-50 localizada na AV TANNER DE MELO, nº 233, Qd. GLEBA2, Lt. PARTE 02, FAZENDA SANTO ANTONIO, CEP 74.993-551, Aparecida de Goiânia, GO, por seu (s) representante (s), abaixo identificado (s) e assinado (s), doravante denominada **CONTRATANTE**, resolve, na melhor forma de direito, contratar plano odontológico, na forma e condições descritas nas cláusulas do contrato objeto desta proposta de adesão, que são partes integrantes entre si.

Nome comercial e nº de registro do plano na ANS

Nome Comercial: **Uni Master**

Registro de Produto ANS nº: **467.071/12-0**

Tipo de Contratação

COLETIVO EMPRESARIAL

Segmentação assistencial do plano de saúde

EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA

Área geográfica de abrangência do plano de saúde

GRUPO DE MUNICÍPIOS

Área de atuação do plano de saúde

Abadia de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Alto Paraíso de Goiás, Americano do Brasil, Anápolis, Anicuns, Aparecida de Goiânia, Aruanã, Barro Alto, Campos Belos, Ceres, Cezarina, Cristalina, Crixás, Fazenda Nova, Formosa, Goianésia, Goiânia, Goiás, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Iporá, Itaberaí, Itapuranga, Jaraguá, Jussara, Luziânia, Minaçu, Mozarlândia, Niquelândia, Orizona, Padre Bernardo, Palmeiras de Goiás, Pilar de Goiás, Pirenópolis, Pires do Rio, Porangatu, Posse, Rubiataba, Sanclerlândia, São Domingos, São Luís de Montes Belos, São Miguel do Araguaia, Senador Canedo, Silvânia, Trindade, Uruaçu, Uruana, Valparaíso de Goiás e Vianópolis, todos no Estado de Goiás.

Serviços e Coberturas adicionais

Exclusivamente nos casos de urgência/emergência odontológica, o beneficiário poderá receber atendimento fora da área geográfica de abrangência, em todo o território nacional onde haja cirurgião-dentista cooperado a qualquer cooperativa do Sistema Nacional Uniodonto, assegurado o reembolso de despesas a este título nos limites e condições deste contrato (Vide item URGÊNCIA/EMERGÊNCIA).

Formação do Preço

Regime Pré-estabelecida

Preço	
Inscrição por beneficiário inscrito	R\$ 8,00
Mensalidade por beneficiário inscrito	R\$ 19,00
Vencimento	

A vigência deste contrato inicia-se em 1º/09/2022, e as faturas mensais se vencerão no dia 30 (trinta) do mês que se referir.

Valor de Emissão de 2ª Via de Cartão de Identificação

Se, e quando houver, o beneficiário pagará o valor de **R\$5,00**, por cada emissão de 2ª via do cartão Uniodonto.

Proteção e Sigilo dos Dados Pessoais

A UNIODONTO se compromete a manter o sigilo, proteção e integridade dos dados compartilhados pela CONTRATANTE, em especial dos dados de saúde de teor sensível, com vistas à execução do objeto contratual, qual seja a prestação de serviços odontológicos e a manutenção do plano odontológico contratado, responsabilizando-se pelos dados eventualmente recebidos do beneficiário.

A UNIODONTO se compromete a utilizar as informações pessoais compartilhadas dos titulares, que sejam vinculados ao CONTRATANTE, informados no ato desta contratação e posteriormente, bem como dos dados pessoais de seu(s) dependente(s) menor(es) de 18 anos de idade, com a finalidade de manutenção de plano odontológico ora contratado e prestação de serviços odontológicos, incluindo o compartilhamento destas informações com dentistas da rede credenciada para viabilizar o atendimento dos beneficiários, **bem como para fins de oferta, pela CONTRATADA, ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos vinculados à sua atividade.**

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

Os titulares dos dados pessoais informados (beneficiários) deverão estar cientes de que o faturamento dos serviços odontológicos prestados ocorrerá mediante o envio de relatórios de mensalidades à empresa CONTRATANTE, contendo eventualmente dados pessoais sensíveis de saúde odontológica, para fins de conferência da fatura e importação para a folha de pagamento, dentre outros documentos necessários para o devido adimplemento do plano odontológico contratado.

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

Toda e qualquer solicitação de alteração, eliminação, inclusão ou demanda relativa a dados e informações dos beneficiários deverá ser formalizada junto à UNIODONTO inclusive a solicitação de cópia de prontuários, salvo situações de urgência ou emergência. Por conseguinte, a UNIODONTO se compromete a informar os titulares de dados caso sejam indagadas sobre o tratamento de seus dados.

A UNIODONTO garante a implementação de medidas técnicas e organizacionais necessárias para proteger os dados pessoais contra a destruição, a perda acidental, a alteração, a difusão ou o acesso não autorizado, bem como contra qualquer forma de tratamento ilícito ou em desconformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais ou à Política de Proteção de Dados da CONTRATADA, conservando os dados pessoais apenas durante o período necessário à execução deste Contrato, procedendo após com a completa eliminação dos dados pessoais registrados e armazenados ao fim do tratamento dos dados.

Regras de Reembolso

O reembolso será garantido, somente nas hipóteses previstas pela Resolução Normativa nº 259 de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme veremos a seguir:

- a) Indisponibilidade de rede credenciada;
- b) Inexistência de rede credenciada;
- c) Situações de urgência em que não foi possível buscar a rede credenciada mais próxima.

INDISPONIBILIDADE: Para os atendimentos de caráter eletivo, nas situações de indisponibilidade de prestador credenciado ou não no município demandado, ou nos municípios limítrofes, será garantido o transporte de ida e volta para local apto a realizar o atendimento, e,

somente na impossibilidade das hipóteses cima, é que será garantido o reembolso integral dos valores gastos com o atendimento.

INEXISTÊNCIA: Para os atendimentos de caráter eletivo, nas situações de inexistência de prestador credenciado ou não no município demandado, nos municípios limítrofes, ou na região de saúde, será garantido o transporte de ida e volta para local apto a realizar o atendimento, e, somente na impossibilidade das hipóteses cima, é que será garantido o reembolso integral dos valores gastos com o atendimento.

Os atendimentos eletivos, serão passíveis de reembolso, somente quando for oportunizado à operadora garantir o atendimento, observando as possibilidades indicadas acima.

Nas situações de atendimento eletivo, em que o beneficiário não procurar a operadora para ter acesso ao prestador de saúde, seja ele credenciado ou não, o reembolso **NÃO SERÁ GARANTIDO**.

URGÊNCIA: A urgência deverá ser comprovada, mediante apresentação de relatório emitido pelo cirurgião dentista, com os esclarecimentos e motivos da urgência do atendimento. Situações em que não restar comprovada a urgência, o reembolso não será devido.

Documentos mínimos obrigatórios para a solicitação do reembolso:

O prazo máximo para resposta da solicitação e pagamento, será de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos:

- Recibo ORIGINAL 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, descrição detalhada do procedimento realizado, especificar o(s) dente(s) e com a codificação TUSS conforme determinação da ANS;
- Ou nota fiscal ORIGINAL: descrição detalhada do procedimento realizado e especificar o(s) dente(s) e com a codificação TUSS conforme determinação da ANS;
- Relatório do cirurgião-dentista justificando o atendimento de urgência, se for o caso;



- Radiografia: antes de iniciar o tratamento e após o término do tratamento, ou seja, radiografia inicial e final para os tratamentos listados no anexo I.

Prazo para solicitação do reembolso:

Os beneficiários terão o prazo de 12 (doze) meses para requerer o reembolso, a contar da ocorrência do evento (atendimento particular).

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses, o beneficiário perderá o direito ao reembolso, conforme estabelecido pela legislação vigente.

Prazo para concessão do reembolso:

A operadora terá o prazo de 30 (trinta) dias para realizar o pagamento dos valores apresentados pelo beneficiário;

O prazo de 30 (trinta) dias será para os pedidos com apresentação de documentação completa;

O prazo de 30 (trinta) dias, ficará suspenso, quando estiver ausente documento mínimo obrigatório previsto nesta cláusula, para concessão do reembolso.

Quando a operadora constatar a ausência de documento mínimo necessário para a concessão do reembolso, notificará o beneficiário, para que no prazo de 5 (cinco) dias úteis apresente documentação complementar, sob pena de não usufruir do direito ao reembolso;

Independentemente do valor solicitado pelo beneficiário para reembolso, para fins de pagamento, serão considerados os valores previstos na Tabela Referencial de Reembolso, que tem como base os valores pagos pela Uniodonto aos seus prestadores;

O valor do reembolso não será menor que o valor previsto na Tabela Referencial de Reembolso.

Procedimentos não cobertos:

Os procedimentos não cobertos pela segmentação odontológica, mas que se fazem necessários para o diagnóstico e/ou tratamento, serão garantidos pelo plano, desde que seja comprovado de forma inequívoca sua necessidade de realização.



Nas situações previstas no parágrafo anterior, poderá ser garantido por meio de reembolso, desde que cumpridos os requisitos previstos na cláusula XVIII;

O valor do reembolso, nas situações de procedimentos não cobertos pelo plano de segmentação odontológica, será no limite do valor acordado/negociado entre Operadora e prestador de serviço.

Declarações do Contratante

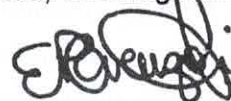
O CONTRATANTE declara ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS.

****A presente proposta de adesão integra o contrato referente ao mesmo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar****



CONTRATADA:

Goiânia, 12 de agosto de 2022.

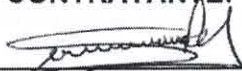


UNIODONTO GOIÂNIA – COOPERATIVA DE TRABALHO DE CIRURGIÕES DENTISTA

Dr. Fábio Araújo Gonçalves Prudente
Diretor-Presidente

Dra. Emília Ponciano Trevenzoli
Diretora de Mercado

CONTRATANTE:



ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA

Salete Maria de Sousa Reis

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO

Registro da Operadora ANS nº 35.843-6

Registro de Produto ANS nº 467.071/12-0

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, para garantir a execução dos atos odontológicos dispostos neste contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações.

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

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Poderão ser inscritos como beneficiários titulares:

- a) sócios da pessoa jurídica contratante;
- b) os administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante.

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) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;



- c) os filhos;
- d) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- e) os netos e bisnetos;
- f) os irmãos;
- g) os pais, avós e bisavós;
- h) os tios e os sobrinhos;
- i) os sogros;
- j) os genros e as noras;
- k) os cunhados;
- l) os padrastos/madrastas.

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

2.3. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada no ato da celebração deste contrato, ou posteriormente até o dia 25 de cada mês, por meio da relação escrita, que integra este contrato para todos os fins de direito.

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

2.3.2. O pedido de inclusão de beneficiários, titulares ou dependentes, pelo CONTRATANTE constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados nas cláusulas anteriores, podendo a UNIODONTO, no momento da inscrição, solicitar documento hábil que permita a comprovação.

2.3.3. Havendo mais de um contrato de assistência odontológica celebrado pelas mesmas partes, deverão ser observadas as seguintes regras:

JA

- a) o plano para benefício dos dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;
- b) na hipótese de downgrade, ou seja, inscrição em plano com cobertura inferior ao anterior, não será admitida a inclusão antes de cumprido o prazo mínimo de permanência no plano com cobertura superior;
- c) a nova inclusão em plano com cobertura superior (upgrade) ou inferior (downgrade) ensejará contagem de novo período mínimo para permanência no respectivo contrato.

2.4. É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos conforme rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Colagem de Fragmentos Dentários
- Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático
- Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda



DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica Inicial
- Teste PH da Saliva

CONDICIONAMENTO

- Condicionamento em Odontologia

EXAMES

- Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico (em Peça Cirúrgica, Material de Punção/Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Bucomaxilo-Facial)
- Teste de Fluxo Salivar

RADIOLOGIA

- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Flúor
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Dessensibilização Dentária
- Profilaxia - Polimento Coronário
- Remineralização Dentária



DENTÍSTICA

- Adequação do Meio Bucal
- Ajuste Oclusal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Núcleo de Preenchimento
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Restauração Temporária / Tratamento Expectante
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia/Gengivoplastia
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário
- Tunelização

ENDODONTIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Pulpotomia
- 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 Dentes Decíduos
- Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia com ou 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 para Tórus/Exostose



- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese ou Excisão de Mucocelo, Rânula ou Cálculo Salivar
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenectomia Labial
- Frenotomia/Frenectomia Lingual
- Odonto-Secção
- Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Redução de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia/Ulotomia

PRÓTESE

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de RMF
- 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

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 bucomaxilofacial;
- 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, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

Assinatura

- 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, contados da data de início da vigência fixada na proposta de adesão e, na sua ausência, da assinatura do contrato, desde que até estes momentos não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2. 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.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Para os atos cobertos em pré-pagamento, os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:

Procedimentos de	Prazo Legal	Prazo Máximo	Prazo Contratado
Urgência/Emergência	24 horas		24 horas
Diagnóstico	180 dias		90 dias
Condicionamento	180 dias		90 dias
Exames	180 dias		90 dias
Radiologia	180 dias		90 dias
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias		90 dias
Dentística	180 dias		90 dias
Periodontia	180 dias		90 dias
Endodontia	180 dias		90 dias
Cirurgia	180 dias		90 dias
Prótese	180 dias		90 dias
Demais especialidades/procedimentos cobertos, inclusive por atualização do rol de procedimentos	180 dias		90 dias

6.2. A contagem da carência se inicia na data da chegada, na UNIODONTO, do pedido de inclusão/adesão do beneficiário enviado pelo CONTRATANTE.

6.3. Se o número de participantes vinculados ao CONTRATANTE for superior a 29 (vinte e nove) não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de inscrição no plano em até 30 (trinta) dias contados da contratação ou do início da condição que possibilite o seu ingresso no plano.

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Não há cobertura parcial temporária ou agravo na contraprestação em razão de lesão ou doença preexistente à contratação.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.1.2. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis as despesas odontológicas de urgência/emergência até **o limite dos valores previstos na tabela de referência (Anexo I)**.

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

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

a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o reembolso;



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

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

IX – MECANISMO DE REGULAÇÃO

PROCEDIMENTOS

9.1. Para o atendimento dos procedimentos cobertos, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o Guia do Beneficiário vigente ou através da Internet no endereço <http://www.uniodontogoiania.com.br>, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede UNIODONTO que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

9.1.1. Para o atendimento, inclusive em caráter de urgência/emergência, o BENEFICIÁRIO deve apresentar o cartão Uniodonto e um documento oficial com foto.

9.2. 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.

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

9.4. A UNIODONTO, 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.



9.4.1. Na aplicação da auditoria odontológica inicial, 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.

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

9.5. 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 UNIODONTO e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da UNIODONTO.

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

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

9.6.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da Internet no endereço <http://www.uniodontogoiânia.com.br>.

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.

10.2.2. Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da Resolução Normativa nº 279, da ANS, e suas atualizações, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

a) O preço do plano é único para beneficiários ativos (atuais empregados) e inativos (demitidos e exonerados sem justa causa, bem como aposentados) e foi calculado para a totalidade da massa de beneficiários deste contrato, sem qualquer variação por faixa etária.

b) Não haverá participação do CONTRATANTE no custeio das contraprestações dos empregados demitidos e exonerados sem justa causa ou aposentados.

10.2.3. O valor do plano, com as devidas atualizações, estará disponível a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

10.2.4. Não poderá haver distinção quanto ao valor entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

10.3. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

a) da inscrição, uma única vez, quando da inclusão de beneficiários, cobrada juntamente com mensalidade imediatamente vincenda;

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.

10.3.2. O CONTRATANTE poderá solicitar que a cobrança se realize separadamente por filiais ou centros de custo, bastando, para tanto, comunicação escrita e assinada remetida à UNIODONTO, desde que respeitada, na inclusão de beneficiários, a mesma separação.

10.4. As inscrições e mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos na sede da UNIODONTO, em moeda corrente e à vista, podendo ser adotada a cobrança para pagamento na rede bancária.

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 e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

10.6. O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE 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. Independente do reajuste aludido na cláusula anterior, as partes poderão, a cada doze meses e por instrumento aditivo, repactuar os preços ajustados visando manter o equilíbrio econômico do contrato (break even (equilíbrio financeiro) é de 70%).

11.3. Fica estabelecido que os valores das contraprestações relativos à posterior inclusão de beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário.

COMUNICAÇÃO À ANS

11.4. Os reajustes serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



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 - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

DA EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

Do Demitido

13.1. O beneficiário titular **que contribuir** para o plano contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, **no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa**, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário – e dos respectivos usuários dependentes então inscritos – **nas mesmas condições de cobertura assistencial** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.**

13.1.1. O período de manutenção da condição de usuário 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

13.2. Ao beneficiário titular **aposentado que contribuir** para o plano contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, há pelo menos dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário – e dos respectivos usuários dependentes então inscritos – **nas mesmas condições de cobertura assistencial** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.**

13.2.1. 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.**

13.3. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no

item anterior, cujo direito de permanência do vínculo ao plano coletivo será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do CONTRATANTE.

13.3.1. Aplica-se a garantia prevista nesta cláusula aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito de permanência após a aposentadoria.

Das condições comuns aos demitidos e aposentados

13.4. O ex-empregado (exonerado, demitido ou aposentado) deve optar pela manutenção da assistência à saúde **no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação inequívoca do CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, nos termos previstos pela RN 438/18 da ANS.**

13.4.1. **Caberá ao CONTRATANTE** esclarecer aos seus ex-empregados os direitos e obrigações inerentes à permanência deles vinculados a contrato coletivo.

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

13.5. A manutenção da condição de beneficiário ao demitido e ao aposentado é extensiva a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, contudo, não há obrigatoriedade de manutenção de todos os então inscritos, podendo ser mantido o vínculo tão somente pelo ex-empregado, individualmente, e por parte do seu grupo familiar.

13.5.1. É facultada a inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário, sujeita a inscrição ao cumprimento dos prazos de carência.

13.6. Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência, **observado o prazo do benefício**, é assegurado aos dependentes então inscritos no plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

13.7. **A condição de beneficiário assegurada nos dispositivos acima deixará de existir:**

a) pelo decurso do prazo de benefício;



b) quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, assim considerado o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

c) por exclusão em qualquer hipótese prevista neste contrato para os empregados ativos do CONTRATANTE e seus respectivos dependentes;

d) pela impontualidade no pagamento das obrigações assumidas pelo beneficiário titular, desde que previamente notificado.

13.8. No caso de rescisão do presente contrato, e contratação de plano de assistência à saúde em outra operadora, o CONTRATANTE deverá garantir a inscrição dos beneficiários demitidos e aposentados no plano novo.

13.9. A UNIODONTO poderá exigir do CONTRATANTE prova do prazo de contribuição do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

13.9.1. O beneficiário titular que não contribuir para o plano em seu próprio nome, não fará jus ao direito de permanecer vinculado ao contrato coletivo, e, por consequência, seus dependentes/agregados também não terão esse direito.

13.9.2. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa empregadora, não é considerada contribuição a coparticipação do empregado, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde.

13.10. Salvo expressa determinação do CONTRATANTE, a UNIODONTO efetuará a cobrança das mensalidades diretamente aos beneficiários demitidos, exonerados e aposentados, desde que estes assumam a responsabilidade pelo pagamento e se sujeitem às regras definidas para os casos de inadimplência.

13.10.1. Ocorrendo a cobrança das mensalidades diretamente aos beneficiários, não caberá qualquer forma de responsabilidade do CONTRATANTE pelo inadimplemento ou mora das obrigações.



13.11. O CONTRATANTE deverá enviar a relação dos usuários que passarão à condição de ex-empregados (e respectivos dependentes vinculados), contendo o prazo de permanência no benefício.

13.11.1. Juntamente com a relação, encaminhará formulário próprio – disponibilizado pela UNIODONTO– firmado pelo ex-empregado, com as suas informações cadastrais, e de seus dependentes, e ainda, termo de opção e responsabilidade.

13.11.2. Não será processada a exclusão do beneficiário sem a comprovação de que o mesmo foi comunicado por escrito, na forma da cláusula 13.4, e a informação que deixou de optar pela permanência, na forma das disposições acima.

13.12. Os beneficiários terão ciência dos valores praticados no contrato e seus reajustamentos.

13.12.1. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações estarão disponíveis a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

13.13. É assegurado ao ex-empregado demitido, exonerado sem justa causa ou aposentado, incluindo seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário, previsto nas cláusulas anteriores, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

DA DISPONIBILIDADE DE PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR

13.14. No caso de o **CONTRATANTE** decidir não mais contratar plano para seus empregados, estes poderão, **no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após o cancelamento do contrato, ingressar em um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência.**

13.14.1. Somente gozarão do aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos os **beneficiários dependentes então inscritos no plano coletivo encerrado.**

13.14.2. **O direito previsto nesta cláusula é condicionado à existência, à época de seu exercício, de produto individual ou familiar, oferecido pela UNIODONTO, com a mesma cobertura do presente plano.**



13.14.3. O valor da contraprestação pecuniária corresponderá **ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar.**

XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

DISPOSIÇÕES COMUNS

14.1. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, exceto nas hipóteses previstas pela RN 412/16 da ANS.

14.1.1. A UNIODONTO só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, mediante comunicação escrita com antecedência de 10 dias, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) 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.

EXCLUSÃO

14.2. **Será excluído do plano:**

14.2.1. **o beneficiário titular:**

- a) pela denúncia ou rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 (Vide Cláusula Regras Para Instrumentos Jurídicos De Planos Coletivos);
- c) por fraude apurada de acordo com a legislação vigente;
- d) a pedido do beneficiário titular, nos termos previstos pela RN 412/16 da ANS.

14.2.2. **o beneficiário dependente:**

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) fraude apurada de acordo com a legislação vigente;
- c) a pedido do beneficiário titular, nos termos previstos pela RN 412/16 da ANS.



14.3. O pedido de exclusão será processado na mesma data acertada pelas partes para a inclusão de beneficiários, cessando a responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do plano no último dia do prazo de 30 dias a partir da informação, correndo as despesas a partir daí por conta do excluído.

14.4. **A exclusão do titular acarreta a automática exclusão dos seus dependentes.**

SUSPENSÃO

14.6. Ocorrendo a suspensão do contrato de trabalho ou do vínculo estatutário, assim entendido o afastamento sem recebimento de salário ou vencimento da empregadora, o CONTRATANTE poderá solicitar a suspensão do atendimento enquanto perdurar o afastamento do beneficiário titular, ficando interrompida a cobrança de mensalidades.

14.6.1. A UNIODONTO poderá requerer, a qualquer tempo, comprovação do afastamento na forma da legislação previdenciária em vigor.

14.6.2. Para efeito do cumprimento dos prazos de carência e do tempo mínimo de permanência no plano, não são computáveis os períodos de suspensão de atendimento na forma desta cláusula.

XV - RESCISÃO/SUSPENSÃO

SUSPENSÃO

15.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 10 (dez) dias implicará, mediante comunicação prévia pelos meios disponíveis e regulados pela ANS, na suspensão do contrato, ficando suspensas as autorizações e as execuções de tratamentos.

RESCISÃO

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



15.2.1. Meios de Comunicação que poderão ser utilizados para notificação da inadimplência, suspensão e rescisão:

- a) **Correio eletrônico (e-mail)** com certificado digital ou confirmação de leitura, destinado ao endereço eletrônico do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora;
- b) **Aplicativos** que permitem a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (whatsapp, messenger ou outro aplicativo que disponha de tal ferramenta), via número de celular do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora;
- c) **Ligações gravadas**, com confirmação de dados pelo interlocutor, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora;
- d) **Envio de torpedos (SMS)** com aviso de leitura pelo destinatário, via número de celular do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora.
- e) **Correspondência postal com AR** – para o endereço cadastrado no banco de dados da operadora;
- f) **Protocolo físico** – por preposto da Operadora;
- g) **Editais** – nos termos previstos pela Súmula 28 da ANS

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

15.2.1. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 60 (sessenta) dias, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da UNIODONTO requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;



- c) as exclusões de beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 05(cinco) pessoa(s), ou ainda, nos 3 primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- d) descumprimento das cláusulas e condições deste Contrato.

DISPOSIÇÕES COMUNS

15.2. Ocorrendo qualquer das hipóteses de extinção do contrato (não prorrogação da vigência, denuncia motivada ou imotivada), no prazo previsto entre a data da notificação e do término da relação, não haverá inclusão de novos beneficiários.

15.3. A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de aviso de denúncia ou rescisão.

XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DEFINIÇÕES

16.1. 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:** a pessoa jurídica (qualificada na proposta de admissão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para benefício das pessoas a ela vinculadas.
- 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 COLETIVO:** é um contrato cujo CONTRATANTE é uma pessoa jurídica.
- 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.



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

16.2. 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.

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

16.4. **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.

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

16.5. **Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.**

16.5.1. A emissão da segunda via do cartão de identificação será cobrada do CONTRATANTE no valor descrito na tabela de referência ou na proposta de adesão ao contrato.

16.6. O uso indevido do cartão de identificação, a critério da UNIODONTO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos em face do beneficiário titular respectivo, bem como a exclusão do mesmo e de seus dependentes.

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

16.7. 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.

16.8. 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.

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

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

16.11. O CONTRATANTE autoriza a UNIODONTO a obter o diagnóstico dos beneficiários sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações de saúde. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos cooperados.

16.12. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Guia do Beneficiário, 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.

16.13. 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.

XVII - DO SIGILO, PROTEÇÃO E CONFIDENCIALIDADE DE DADOS



17.1. A UNIODONTO se compromete a manter o sigilo, proteção e integridade dos dados compartilhados pela CONTRATANTE, em especial dos dados de saúde de teor sensível, com vistas à execução do objeto contratual, qual seja a prestação de serviços odontológicos e a manutenção do plano odontológico contratado, responsabilizando-se pelos dados eventualmente recebidos do beneficiário.

17.2 A UNIODONTO se compromete ainda a zelar pelo sigilo e confidencialidade dos dados sensíveis obtidos por sua equipe, bem como a garantia da devida proteção aos referidos dados que tiver acesso em razão da execução do contrato.

17.3 A UNIODONTO assume a responsabilidade por todos os seus colaboradores que vierem a ter acesso a qualquer informação confidencial ou sigilosa que venham a receber ou transmitir por ocasião da execução do presente contrato, em especial os dados dos vinculados à CONTRATANTE, inclusive responsabilizando nos termos da Lei aqueles que praticarem, permitirem ou facilitarem atos de violação de dados.

17.4 A UNIODONTO se compromete a utilizar as informações pessoais compartilhadas dos titulares, que sejam vinculados ao CONTRATANTE, informados no ato desta contratação e posteriormente, bem como dos dados pessoais de seu(s) dependente(s) menor(es) de 18 anos de idade, com a finalidade de manutenção de plano odontológico ora contratado e prestação de serviços odontológicos, incluindo o compartilhamento destas informações com dentistas da rede credenciada para viabilizar o atendimento dos beneficiários, **bem como para fins de oferta, pela CONTRATADA, ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos UNIODONTO à sua atividade.**

17.5 A UNIODONTO declara, ainda, que realizará o compartilhamento dos dados pessoais obtidos com as demais Uniodontos irmãs, quando necessário, para garantir a prestação de serviço odontológico nos locais de cobertura do plano; para a análise estatística e execução de auditorias, a fim de melhorar o bem-estar e a qualidade do serviço prestado; para o arquivamento e armazenamento seguro de documentos; e para as empresas prestadoras de serviços envolvidas em alguma etapa da cadeia do serviço que é prestado, de modo a viabilizar o atendimento completo e satisfatório ao beneficiário, sempre garantindo o padrão de segurança



das informação praticado na UNIODONTO, de acordo com sua Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.

17.6. É vedada a utilização pela UNIODONTO dos dados pessoais que venha a ter acesso na execução do presente contrato, para qualquer finalidade diversa do presente contrato, salvo autorização e consentimento prévio, expresso e destacado do titular dos dados.

17.7 Os titulares dos dados pessoais informados (beneficiários) deverão estar cientes de que o faturamento dos serviços odontológicos prestados ocorrerá mediante o envio de relatórios de mensalidades à empresa CONTRATANTE, contendo eventualmente dados pessoais sensíveis de saúde odontológica, para fins de conferência da fatura e importação para a folha de pagamento, dentre outros documentos necessários para o devido adimplemento do plano odontológico contratado.

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

17.8 Toda e qualquer solicitação de alteração, eliminação, inclusão ou demanda relativa a dados e informações dos beneficiários deverá ser formalizada junto à UNIODONTO por escrito, inclusive a solicitação de cópia de prontuários, salvo situações de urgência ou emergência. Por conseguinte, a UNIODONTO se compromete a informar os titulares de dados caso sejam indagadas sobre o tratamento de seus dados.

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



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

XVIII – REGRAS DE REEMBOLSO

18. O reembolso será garantido, somente nas hipóteses previstas pela Resolução Normativa nº 259 de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme veremos a seguir:

- a) Indisponibilidade de rede credenciada;
- b) Inexistência de rede credenciada;
- c) Situações de urgência em que não foi possível buscar a rede credenciada mais próxima.

18.1. INDISPONIBILIDADE: Para os atendimentos de caráter eletivo, nas situações de indisponibilidade de prestador credenciado ou não no município demandado, ou nos municípios limítrofes, será garantido o transporte de ida e volta para local apto a realizar o atendimento, e, somente na impossibilidade das hipóteses cima, é que será garantido o reembolso integral dos valores gastos com o atendimento.

18.2. INEXISTÊNCIA: Para os atendimentos de caráter eletivo, nas situações de inexistência de prestador credenciado ou não no município demandado, nos municípios limítrofes, ou na região de saúde, será garantido o transporte de ida e volta para local apto a realizar o atendimento, e, somente na impossibilidade das hipóteses cima, é que será garantido o reembolso integral dos valores gastos com o atendimento

Os atendimentos eletivos, serão passíveis de reembolso, somente quando for oportunizado à operadora garantir o atendimento, observando as possibilidades indicadas acima.

Nas situações de atendimento eletivo, em que o beneficiário não procurar a operadora para ter acesso ao prestador de saúde, seja ele credenciado ou não, o reembolso **NÃO SERÁ GARANTIDO**.



18.3. URGÊNCIA: A urgência deverá ser comprovada, mediante apresentação de relatório emitido pelo cirurgião dentista, com os esclarecimentos e motivos da urgência do atendimento. Situações em que não restar comprovada a urgência, o reembolso não será devido.

18.4. Documentos mínimos obrigatórios para a solicitação do reembolso:

O prazo máximo para resposta da solicitação e pagamento, será de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos:

- Recibo ORIGINAL 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, descrição detalhada do procedimento realizado, especificar o(s) dente(s) e com a codificação TUSS conforme determinação da ANS;
- Ou nota fiscal ORIGINAL: descrição detalhada do procedimento realizado e especificar o(s) dente(s) e com a codificação TUSS conforme determinação da ANS;
- Relatório do cirurgião-dentista justificando o atendimento de urgência, se for o caso;
- Radiografia: antes de iniciar o tratamento e após o término do tratamento, ou seja, radiografia inicial e final para os tratamentos listados no anexo I.

18.5. Prazo para solicitação do reembolso:

18.5.1. Os beneficiários terão o prazo de 12 (doze) meses para requerer o reembolso, a contar da ocorrência do evento (atendimento particular).

18.5.2. Decorrido o prazo de 12 (doze) meses, o beneficiário perderá o direito ao reembolso, conforme estabelecido pela legislação vigente.

18.6. Prazo para concessão do reembolso:

18.6.1. A operadora terá o prazo de 30 (trinta) dias para realizar o pagamento dos valores apresentados pelo beneficiário;

18.6.2. O prazo de 30 (trinta) dias será para os pedidos com apresentação de documentação completa;



18.6.3. O prazo de 30 (trinta) dias, ficará suspenso, quando estiver ausente documento mínimo obrigatório previsto nesta cláusula, para concessão do reembolso.

18.6.4. Quando a operadora constatar a ausência de documento mínimo necessário para a concessão do reembolso, notificará o beneficiário, para que no prazo de 5 (cinco) dias úteis apresente documentação complementar, sob pena de não usufruir do direito ao reembolso;

18.6.5. Independentemente do valor solicitado pelo beneficiário para reembolso, para fins de pagamento, serão considerados os valores previstos na Tabela Referencial de Reembolso, que tem como base os valores pagos pela Uniodonto aos seus prestadores;

18.6.6. O valor do reembolso não será menor que o valor previsto na Tabela Referencial de Reembolso.

18.7. Procedimentos não cobertos:

18.7.1. Os procedimentos não cobertos pela segmentação odontológica, mas que se fazem necessários para o diagnóstico e/ou tratamento, serão garantidos pelo plano, desde que seja comprovado de forma inequívoca sua necessidade de realização.

18.7.2. Nas situações previstas no parágrafo anterior, poderá ser garantido por meio de reembolso, desde que cumpridos os requisitos previstos na cláusula XVIII;

18.7.3. O valor do reembolso, nas situações de procedimentos não cobertos pelo plano de segmentação odontológica, será no limite do valor acordado/negociado entre Operadora e prestador de serviço.

XIX - ELEIÇÃO DE FORO

19.1. 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

Goiânia, 12 de Agosto de 2022

CONTRATADA



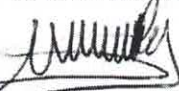


UNIODONTO GOIÂNIA – COOPERATIVA DE TRABALHO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS
Dr. Fábio Araújo Gonçalves Prudente
Diretor-Presidente



Dra. Emília Ponciano Trevenzoli
Diretora de Mercado

CONTRATANTE:



ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ESPERANCA E VIDA - ABEVIDA

Salete Maria de Sousa Reis

ANEXO I

TABELA DE REFERÊNCIA

Produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 467.071/12-0.

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

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		
85100048	Colagem de fragmentos dentários	R\$ 41,09
81000049	Consulta odontológica de urgência	R\$ 35,95
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático	R\$ 35,95
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático	R\$ 35,00
85000787	Imobilização dentária de dentes deciduos	R\$ 19,26
85300020	Imobilização dentária de dentes permanentes	R\$ 19,26
82001022	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma ou flegmão da região bucomaxilofacial	R\$ 35,95
82001030	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma ou flegmão da região bucomaxilofacial	R\$ 35,95
85200034	Pulpectomia	R\$ 35,95
85400467	Recimentação de peça/trabalho protético	R\$ 20,54
82001197	Redução de luxação da ATM	R\$ 44,94
82001251	Reimplante dentário com contenção	R\$ 82,18
82001499	Sutura de ferida bucomaxilofacial	R\$ 77,04
85300063	Tratamento de abscesso periodontal	R\$ 51,36
82001650	Tratamento de alveolite	R\$ 35,95

2) VALORES MÁXIMOS DE REEMBOLSO (cláusula XVII).

DIAGNÓSTICO		
81000065	Consulta odontológica inicial - Utilizar quando se tratar da 1ª consulta odontológica do beneficiário no ano	R\$ 40,00
81000030	Consulta odontológica - Utilizar quando se tratar das demais consultas realizadas pelo beneficiário no ano	R\$ 40,00
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	R\$ 53,50
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	R\$ 53,50
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	R\$ 53,50

81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	R\$ 53,50
84000244	Teste de fluxo salivar	R\$ 26,75
84000252	Teste de PH salivar	R\$ 26,75

RADIOLOGIA

81000421	Periapical	R\$ 7,00
81000375	Radiografia interproximal (bite-wing)	R\$ 7,00
81000383	Radiografia oclusal	R\$ 14,17
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	R\$ 34,50
81000294	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)	R\$ 70,00

PREVENÇÃO

84000198	Profilaxia: polimento coronário	R\$ 21,40
87000016	Atividade educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	R\$ 16,05
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	R\$ 16,05
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	R\$ 16,05
84000090	Aplicação tópica de flúor	R\$ 16,05
84000163	Evidenciação de placa bacteriana (controle de placa bacteriana)	R\$ 16,05
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)	R\$ 26,75

ODONTOPEDIATRIA

84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	R\$ 36,00
84000031	Aplicação de carióstático	R\$ 28,00
84000171	Controle de cárie incipiente (crianças até 4 anos)	R\$ 34,24
84000201	Remineralização	R\$ 64,20
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	R\$ 58,89
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	R\$ 58,89
87000059	Coroa de aço em dente permanente	R\$ 58,89
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	R\$ 58,89
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	R\$ 90,00
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	R\$ 58,89
85100013	Capeamento pulpar direto	R\$ 17,12
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	R\$ 42,80
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	R\$ 115,00
83000089	Exodontia simples de decíduo	R\$ 32,19
83000097	Mantenedor de espaço fixo (Somente para ADUFG)	R\$ 171,20
81000014	Condicionamento em Odontologia	R\$ 30,00
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	R\$ 21,40
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	R\$ 21,40

DENTÍSTICA

85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R\$ 30,00
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	R\$ 40,00
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	R\$ 19,26
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	R\$ 19,26
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 17,12
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	R\$ 19,69
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	R\$ 34,24
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	R\$ 42,80

85200093	Retratamento endodôntico birradicular (Radiografias de diagnóstico e final inclusas)	R\$ 260,00
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular (Radiografias de diagnóstico e final inclusas)	R\$ 7,00
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	R\$ 7,00
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	R\$ 14,17
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	R\$ 80,00
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	R\$ 34,12
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	R\$ 40,00
PERIODONTIA		
85300047	Raspagem supra-gengival	R\$ 20,55
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	R\$ 42,80
85300012	Dessensibilização dentária	R\$ 10,27
82000921	Gengivectomia	R\$ 96,39
82000948	Gengivoplastia	R\$ 96,39
82000212	Cirurgia para aumento de coroa clínica	R\$ 105,74
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	R\$ 99,81
82000557	Cunha proximal	R\$ 58,89
82001464	Sepultamento radicular	R\$ 65,57
82000689	Enxerto pediculado	R\$ 150,00
82000662	Enxerto gengival livre	R\$ 150,00
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial (Somente para ADUFG)	R\$ 150,00
82001073	Odonto-seção	R\$ 82,18
82000506	Controle pós-operatório em Odontologia (Somente para controle, manutenção e acompanhamento do Código 85300039)	R\$ 90,00
82001685	Tunelização	R\$ 81,32
PRÓTESE		
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	R\$ 48,28
85400556	Restauração metálica fundida	R\$ 406,98
85400505	Remoção de trabalho protético	R\$ 32,10
85400220	Núcleo metálico fundido	R\$ 151,81
85400262	Pino pré fabricado	R\$ 100,00
85400084	Coroa provisória sem pino	R\$ 100,00
85400076	Coroa provisória com pino	R\$ 100,00
85400475	Reembasamento de coroa provisória	R\$ 30,00
85400114	Coroa total em cerômero	R\$ 380,00
85400149	Coroa total metálica	R\$ 406,98
85400459	Provisório para restauração metálica fundida	R\$ 50,00
CIRURGIA		
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	R\$ 64,20
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica / protética	R\$ 70,00
82000875	Exodontia simples de permanente	R\$ 70,00
82000816	Exodontia a retalho	R\$ 70,00
82000859	Exodontia de raiz residual	R\$ 55,64
82000034	Alveoloplastia	R\$ 47,08
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	R\$ 157,74
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 7,00

[Assinatura]

82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 7,00
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	R\$ 14,17
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	R\$ 128,03
82000883	Frenulectomia labial	R\$ 69,16
82000891	Frenulectomia lingual	R\$ 69,16
82000913	Frenulotomia lingual	R\$ 77,04
82000905	Frenulotomia labial	R\$ 77,04
82000298	Bridectomia	R\$ 69,16
82000301	Bridotomia	R\$ 69,16
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	R\$ 135,00
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	R\$ 135,00
82001510	Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal	R\$ 159,60
82001529	Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal	R\$ 159,60
82000808	Excisão de rânula	R\$ 101,08
82000794	Excisão de mucocèle	R\$ 66,50
82001197	Redução de luxação da ATM	R\$ 37,45
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	R\$ 107,00
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 149,80
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 107,00
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	R\$ 66,50
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	R\$ 101,08
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	R\$ 159,60
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	R\$ 118,77
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	R\$ 159,60
82001715	Ulotomia	R\$ 41,50
82001707	Ulectomia	R\$ 33,78
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	R\$ 96,39
82000441	Coleta de raspado em lesão ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	R\$ 42,80
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	R\$ 160,50
82001367	Remoção de odontoma	R\$ 214,00
30204097	Plastia de ducto salivar	R\$ 441,48
82001308	Remoção de dreno extraoral	R\$ 72,56
82001316	Remoção de dreno intraoral	R\$ 55,05