

**Regulamento de Assistência Odontológica**

---

**PLANO BÁSICO – DENOMINADO “SUPERIOR”**

---

## **ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - INDIVIDUAL / FAMILIAR**

### **PLANO BÁSICO – DENOMINADO “SUPERIOR – ANS 408.875/99-1”**

#### ■ **QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA**

**DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA (“DENTAL UNI”)**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF nº. 78.738.101/0001-51 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 304484, na modalidade de Cooperativa Odontológica, com sede na Rua Irmã Flávia Borlet, 197, bairro Hauer, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, CEP 81630-170.

#### ■ **DOCUMENTOS ANEXOS**

Fazem parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, com a qualificação do **CONTRATANTE**, a relação de Procedimentos Odontológicos cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica e os Anexos necessários à delimitação do objeto do contrato.

#### ■ **NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO**

**Cláusula 1ª** O “**PLANO BÁSICO**” está registrado na ANS sob o nome “**PLANO SUPERIOR**” e sob número 408.875/99-1.

#### ■ **TIPO DE CONTRATAÇÃO**

**Cláusula 2ª** Este contrato se caracteriza pela contratação individual e por livre adesão da pessoa física, com ou sem a inclusão de dependentes, podendo nesta característica ser intitulado, também, como contrato familiar.

#### ■ **TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**

**Cláusula 3ª** A segmentação assistencial assegurada é a definida para o plano odontológico, conforme rol de procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

#### ■ **AREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO**

**Cláusula 4ª** O atendimento será prestado nos municípios do Estado do Paraná.

#### ■ **ATRIBUTOS DO CONTRATO**

**Cláusula 5ª** 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.

**Parágrafo único:** 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.

#### ■ **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**Cláusula 6ª BENEFICIÁRIO TITULAR** é a pessoa física inscrita como tal, beneficiando-se das coberturas previstas neste contrato, que podem ser estendidas aos seus dependentes.

**Cláusula 7ª BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** são as pessoas físicas, indicadas na Proposta de Adesão firmada pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, desde que preencham os seguintes requisitos:

I. o cônjuge do **BENEFICIÁRIO TITULAR**;

II. o companheiro do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, havendo união estável, na forma da lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

III. os filhos solteiros que permaneçam sob dependência econômica do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, até adquirir a maioridade civil ou concluir curso superior, desde que o faça até completar 24 (vinte e quatro) anos de idade;

IV. o enteado, o menor sob guarda e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos solteiros do **BENEFICIÁRIO TITULAR**;

V. fica garantida a inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** adotante.

**Parágrafo único:** Em caso de morte do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, o direito de permanência é assegurado aos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica, objeto deste contrato, mediante os pagamentos das contraprestações devidas hipótese em que ocorrerá a mudança da titularidade do Contrato, resguardando-se as condições aqui estabelecidas.

**Cláusula 8ª O BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** que não atender os requisitos cadastrais de inclusão não será admitido para vinculação ao Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato.

**Parágrafo único:** A inclusão de **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** somente será aceita pela **CONTRATADA** mediante a inclusão pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

**Cláusula 9ª** Sob seu exclusivo critério, a **DENTAL UNI** poderá realizar exames pré-admissionais, desde que responda pelos custos incidentes, não podendo impedir o ingresso do **BENEFICIÁRIO** ao plano.

#### ■ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**Cláusula 10ª** Os serviços cobertos pelo contrato estão definidos na Relação de Procedimentos Odontológicos Cobertos pelo Plano, contida no Anexo I, em conformidade com a Resolução RN nº 338, de 22/10/2013.

#### ■ EXCLUSÕES DE COBERTURAS

**Cláusula 11ª** Estão excluídos da cobertura do Plano de Assistência Odontológica, objeto deste contrato, além de todos aqueles que não constem no Rol de Procedimentos Odontológicos previstos no Anexo I da Resolução Normativa RN nº 338, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações, os seguintes procedimentos: a) serviços de enxertos ósseos, próteses e serviços estéticos de qualquer natureza; b) enxertos gengivais, implantes, ortodontia, documentação ortodôntica e correção de arcadas dentárias; c) atendimentos nos casos de lesões traumáticas decorrentes de acidentes (exceto os previstos no rol); d) cirurgia oral maior (realizadas em ambiente hospitalar) ou que exija anestesia geral; e) cirurgia para eliminação de lesões benignas e/ou malignas; f) cirurgia de implante, reimplante, transplante e barreiras semi-permeáveis (exceto os previstos no rol); g) problemas de ATM (articulação têmporo-mandibular) (exceto os previstos no rol); h) fechamento de fístulas buco-sinais; i) exames em laboratórios de patologia (exceto os

previstos no rol); j) radiografias extra-bucais.

**Parágrafo único:** Os procedimentos estabelecidos nesta cláusula poderão ser realizados pelos cirurgiões-dentistas cooperados da **DENTAL UNI** e serão cobrados com base na tabela da **DENTAL UNI**.

**Cláusula 12ª** Também estão excluídos da cobertura do Plano de Assistência Odontológica, objeto deste contrato: a) qualquer procedimento odontológico que não esteja incluído nos serviços contratados (exceto os previstos no rol); b) despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar; c) despesas com internamento hospitalar ou similar, honorários médicos e/ou de anestesistas, ou qualquer outro tipo de despesa decorrente de plano de assistência à saúde diferente do Plano de Assistência Odontológica contratado; d) serviços realizados por cirurgiões-dentistas não cooperados, contratados ou credenciados da **DENTAL UNI**, ressalvados os casos de urgência odontológica nas localidades em que não haja cirurgiões-dentistas não cooperados, contratados ou credenciados da **DENTAL UNI CURITIBA**; e) qualquer tratamento no qual não seja possível identificar o **BENEFICIÁRIO**; f) transporte do paciente; g) tratamentos proibidos pela ética profissional.

**Parágrafo único:** Os procedimentos odontológicos que visem, exclusivamente, a substituição de restaurações funcionais por restaurações com material estético poderão ser feitos por opção do **BENEFICIÁRIO**, devendo os valores adicionais devidos, nesse caso, serem pagos diretamente à **DENTAL UNI**, de acordo com os preços previstos no presente contrato exceto os materiais importados ou não nacionalizados utilizados no tratamento, não coberto no presente contrato, deverão ser pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ao cirurgião-dentista.

#### ■ DURAÇÃO DO CONTRATO

**Cláusula 13ª** O presente contrato vigorará pelo prazo indeterminado, contados da data da assinatura do contrato.

#### ■ CARÊNCIA

**Cláusula 14ª** As coberturas previstas pelo Plano de Assistência Odontológica, objeto deste contrato, somente passam a vigorar após o pagamento (desconto) da primeira mensalidade.

§ 1º O período de carência deverá ser cumprido pelos **BENEFICIÁRIOS TITULARES** e **DEPENDENTES inscritos**.

§ 2º Quando houver inclusão de **BENEFICIÁRIOS** posteriormente ao início de vigência deste contrato, os períodos de carência serão contados a partir da data de recebimento do cartão Dental Uni com o nome e o código do beneficiário.

§ 3º Após o prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contado da assinatura da ficha de inscrição, nos casos de necessidade de atendimento de urgência, assim considerado o evento de origem odontológica que cause dor ou desconforto aos **BENEFICIÁRIOS**, não será exigido o cumprimento dos períodos de carência.

#### ■ ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

**Cláusula 15ª** Entende-se como urgência, os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e como urgência, os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Os **BENEFICIÁRIOS** receberão atendimento de urgência preferencialmente na **CLÍNICA 24 HORAS** da

**DENTAL UNI**, situada na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, na Rua Silveira Peixoto, nº 1040 - sala 04 - sobreloja, Batel.

Classificam-se como procedimentos de **URGÊNCIA**, os abaixo relacionados, conforme Resolução Normativa RN nº 338 e suas atualizações.

- 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 peça protética
- V - tratamento de alveolite
- VI - colagem de fragmentos
- VII - incisão e drenagem de abscesso extra oral
- VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral
- IX - reimplante de dente avulsionado

**Cláusula 16ª** Os casos de urgência que, por qualquer motivo devidamente justificado, não puderem ser atendidos por cirurgião-dentista cooperado, credenciado ou contratado serão reembolsados pela **DENTAL UNI** até o limite do valor definido na Tabela de Atos Odontológicos, excetuando-se qualquer material ou medicamento prescrito para uso domiciliar.

§ 1º O valor do reembolso nas urgências será equivalente ao valor praticado pela **CONTRATADA** junto à rede de prestadores do respectivo plano.

§ 2º O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado pela **DENTAL UNI** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da apresentação, pelo **BENEFICIÁRIO**, dos seguintes documentos originais:

- I. requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela **DENTAL UNI**, solicitando o reembolso;
- II. orçamento assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do **BENEFICIÁRIO**, datado do dia do evento, enumerando todos os dados pessoais do **BENEFICIÁRIO**, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- III. recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do **BENEFICIÁRIO**, acusando o recebimento o valor declarado.

§ 3º – O reembolso previsto nesta cláusula aplica-se aos casos em que os **BENEFICIÁRIOS** estejam em cidades nas quais não exista cirurgião-dentista cooperado, credenciado ou contratado.

**Cláusula 17ª** Caso a **DENTAL UNI** não efetue o reembolso dentro do prazo estipulado, deverá fazê-lo com atualização monetária pelo **IGP-M/FGV**, segmento saúde, ou outro índice que venha a substituí-lo.

**Cláusula 18ª** Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento caracterizado como urgência, até o limite do valor definido na Tabela de Atos Odontológicos, previsto no presente contrato, excetuando-se qualquer material ou medicamento prescrito para uso domiciliar.

**Parágrafo único:** Os **BENEFICIÁRIOS** terão o prazo máximo 12 (doze) meses, após a data do evento, para requererem o reembolso, sob pena de perda deste direito.

## ■ MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**Cláusula 19ª** A Tabela de Atos Odontológicos da **DENTAL UNI** vigente poderá ser atualizada pela **CONTRATADA**, independentemente de autorização do **BENEFICIÁRIO**.

**Cláusula 20ª** Os procedimentos deverão ser previamente aprovados pela **DENTAL UNI**, exceto no caso de urgência ou exame clínico inicial/periódico.

**Cláusula 21ª** Dentro dos limites territoriais estabelecidos neste contrato, os **BENEFICIÁRIOS** serão atendidos em consultório por cirurgiões-dentistas cooperados, contratados ou credenciados da **DENTAL UNI**, constantes em relações expedidas periódica e regularmente pela **DENTAL UNI**. Será fornecida ao **BENEFICIÁRIO** uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços credenciados pela **OPERADORA**, podendo também referida relação ser obtida através de meio telefônico ou eletrônico. A **OPERADORA** garante a cobertura dos procedimentos realizados através dos prestadores participantes de sua rede assistencial credenciada.

§ 1º Os **BENEFICIÁRIOS** serão atendidos mediante marcação prévia da consulta, de acordo com as disponibilidades de data e horário dos cirurgiões dentistas.

§ 2º Na localidade em que não houver cirurgiões-dentistas cooperados, o **BENEFICIÁRIO** poderá indicar e recomendar inclusões, que serão definidas pela **DENTAL UNI**, sob seu critério exclusivo.

§ 3º A **DENTAL UNI** poderá, em qualquer momento e sob seu critério exclusivo, alterar por quaisquer motivos a relação dos cirurgiões-dentistas cooperados, contratados ou credenciados, devendo comunicar essas alterações ao **BENEFICIÁRIO**, através da atualização eletrônica do **GUIA ODONTOLÓGICO** editado pela **CONTRATADA**.

§ 4º O **GUIA ODONTOLÓGICO** editado pela **CONTRATADA**, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços, estará disponível no site da **DENTAL UNI** ([www.dentaluni.com.br](http://www.dentaluni.com.br)), ou em qualquer uma das unidades da **DENTAL UNI**.

**Cláusula 22ª** A critério da **DENTAL UNI**, o atendimento será efetuado pelo cirurgião-dentista prestador do serviço após avaliação inicial e planejamento do cirurgião-dentista avaliador (**CDA**).

**Cláusula 23ª** Quando os **BENEFICIÁRIOS** estiverem fora dos limites territoriais estabelecidos no presente contrato, o atendimento nos casos de urgência deverá ser realizado por cirurgião-dentista cooperado, credenciado ou contratado mais próxima da sua localização.

§ 1º Se não caracterizada a ocorrência de urgência, fora dos limites territoriais estabelecidos no presente contrato, os **BENEFICIÁRIOS** somente poderão receber atendimento em consultório de cirurgião-dentista filiado pela **DENTAL UNI**.

§ 2º Os **BENEFICIÁRIOS** terão que se sujeitar às regras operacionais estabelecidas pela cooperativa prestadora dos serviços, que não serão, necessariamente, iguais às previstas neste contrato.

§ 3º A cooperativa que atender os **BENEFICIÁRIOS** fornecer-lhes-á uma relação dos seus cirurgiões-dentistas cooperados.

**Cláusula 24ª** A **DENTAL UNI** reserva-se o direito de realizar auditorias, exames ou inspeções, antes, durante ou após o término do tratamento, não podendo os **BENEFICIÁRIOS** recusarem-se em atender convocação da **DENTAL UNI** para essa finalidade.

**Cláusula 25ª** Os **BENEFICIÁRIOS** receberão um Cartão Dental Uni que os identificará perante o Sistema

Nacional Dental Uni, o qual deverá portar, juntamente com um documento de identidade pessoal, toda vez em que se dirigirem ao consultório do cirurgião-dentista cooperado, contratado ou credenciado.

**Parágrafo único:** O Cartão Dental Uni, que identificará e conterá o nome do **BENEFICIÁRIO**, o código e o plano contratado, é documento indispensável para a realização de qualquer tratamento odontológico vinculado a este contrato.

**Cláusula 26ª** Quando ocorrer à rescisão deste contrato ou se houver exclusão de um **BENEFICIÁRIO**, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** deverá devolver o Cartão Dental Uni e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **DENTAL UNI**.

**Cláusula 27ª** No caso de extravio do Cartão Dental Uni, o **BENEFICIÁRIO** deverá comunicar a **DENTAL UNI** por escrito, sendo que a falta dessa providência implicará na não continuidade do atendimento prestado, visto que o Prestador de Serviços não poderá efetuar as devidas liberações de procedimentos.

**Cláusula 28ª** Quaisquer insatisfações dos **BENEFICIÁRIOS**, quanto ao atendimento recebido, tanto dos profissionais cooperados, contratados ou credenciados da **DENTAL UNI**, como dos seus funcionários, deverão ser comunicadas por escrito.

**Cláusula 29ª** O tratamento realizado pelo profissional cooperado da **DENTAL UNI** é garantido por 1 (um) ano, contado da data de sua conclusão, observando-se a natureza do procedimento odontológico e as circunstâncias em que for realizado.

**Parágrafo único:** No caso de haver necessidade de se refazer o tratamento, conforme tenha sido apurado em auditoria técnica realizada por profissional indicado pela **DENTAL UNI**, fica assegurado ao **BENEFICIÁRIO** a livre escolha de outro profissional cooperado para a sua execução. No caso de situações de divergência odontológica, a **CONTRATADA** garante a definição do impasse, através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por odontólogo da **DENTAL UNI** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **DENTAL UNI**.

#### ■ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor da contraprestação é em regime pré-estabelecido. Os valores previstos para a contraprestação foram fixados com base em cálculo levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência média de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas.

**Cláusula 30ª** O pagamento das mensalidades será realizado impreterivelmente por consignação com desconto em folha de pagamento e o valor estará expresso na Proposta de Adesão.

**Cláusula 31ª** Nenhum pagamento deverá ser feito diretamente pelos **BENEFICIÁRIOS** aos cirurgiões-dentistas cooperados, contratados ou credenciados da **DENTAL UNI**.

**Parágrafo único:** Os honorários, materiais e medicamentos utilizados nos tratamentos odontológico dos **BENEFICIÁRIOS**, relativos aos procedimentos odontológicos cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato, serão pagos aos cirurgiões-dentistas prestadores dos serviços diretamente pela **DENTAL UNI**, exceto os materiais importados ou não nacionalizados utilizados no tratamento, não coberto no presente contrato, deverão ser pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ao cirurgião-dentista.

**Cláusula 32ª** O custo para emissão de segunda via do Cartão Dental Uni, corresponde a R\$ 10,00 (dez reais) por **BENEFICIÁRIO** inscrito no Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato, será paga pelo

**BENEFICIÁRIO TITULAR à DENTAL UNI**, na data da solicitação de emissão.

## ■ REAJUSTE

**Cláusula 33ª** Os valores contratuais lançados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial que considerou os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a relação existente entre os preços setoriais e os índices de incidência da utilização média dos procedimentos coberto pelo Plano, o prazo contratual, a carência, a carga tributária que incide atualmente sobre as cooperativas odontológicas e operadoras de planos privados de assistência à saúde e as despesas operacionais e administrativas da **DENTAL UNI**.

§ 1º Consideram-se despesas operacionais, os honorários profissionais dos cirurgiões dentistas relativos a consultas e outros procedimentos, medicamentos, materiais odontológicos e de consumo no consultório;

§ 2º Consideram-se como despesas administrativas, os salários e benefícios, os encargos sociais e trabalhistas, as taxas e tributos federais, estaduais e municipais, seguros, manutenção e conservação de equipamentos móveis e imóveis, consumo de energia elétrica, água, telefonia, impressos e demais materiais de consumo de escritório.

§ 3º Nos termos da lei, os valores das mensalidades e adesões poderão ser reajustados anualmente, pela variação do **IGP-M** (Índices de Preços ao Mercado), **INPC** ou **IPCA**, segmento saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, conforme RN 118 de 07.12.05 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§ 4º As atualizações de valores da tabela de procedimentos – Anexo I, serão incorporadas a este contrato no seu aniversário, através de aditivo pré-consentido, e serão enviadas ao titular do plano, de acordo com o disposto no art. 3º da RN 59.

## ■ BÔNUS

Cláusula 34. Além dos atos cobertos pelo Plano, a **DENTAL UNI** poderá prestar serviços odontológicos complementares, assim considerados os demais procedimentos não contemplados na cobertura, cujos valores constam na tabela da **DENTAL UNI**, podendo o usuário optar pela cobertura, desde que assuma a responsabilidade pelo pagamento diretamente a **DENTAL UNI**, optando ou não pelo pagamento parcelado dos valores, segundo critérios definidos pela **DENTAL UNI**.

O ato odontológico coberto que ainda está cumprindo prazo de carência, é considerado serviço odontológico complementar, arcando o usuário com o pagamento do ato de acordo com a tabela da **DENTAL UNI**.

Quando algum serviço odontológico complementar proposto e pago não for executado, o **BENEFICIÁRIO** terá direito ao crédito ou reembolso, pelos valores pagos no dia da aprovação do orçamento, desde que a manifestação pelo ressarcimento seja comunicada a **DENTAL UNI**, por escrito, em até 30 (trinta) dias contados da mesma data.

Caso o **BENEFICIÁRIO** aceite os serviços opcionais oferecidos no Anexo II, arcará com os prazos, valores e condições descritos, sendo que o não atendimento aos termos pactuados, acarretará na cobrança e efeitos no presente contrato.

## ■ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO



**Cláusula 35ª** O **BENEFICIÁRIO TITULAR** poderá requerer, por escrito, a exclusão de qualquer **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** inscrito, permanecendo intactos os benefícios aos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** remanescentes.

§ 1º Se não houver a utilização referida acima, a exclusão poderá ser requerida em qualquer momento, desde que o **BENEFICIÁRIO** esteja em dia com o pagamento de todas as mensalidades devidas em razão deste contrato.

§ 2º Em caso de prática de fraude comprovada do **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** este perderá a qualidade de **BENEFICIÁRIO** do plano ora contratado.

1. A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

2. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

## ■ RESCISÃO

**Cláusula 36ª** É facultado a **DENTAL UNI**, ao seu único e exclusivo critério, considerar rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento dos valores contratuais por período superior a 60 (sessenta) dias, observada a determinação do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656/98, sendo-lhe direito requerer judicialmente a quitação do débito.

A **DENTAL UNI** e o **BENEFICIÁRIO** poderão considerar igualmente rescindido este contrato, independente de notificação judicial e sem necessidade do pagamento de qualquer multa contratual, se, por má-fé, uma das partes praticar ou houver praticado qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erros que influam ou tenham influído na aceitação das condições deste contrato.

Durante o período de prorrogação automática do contrato, é facultado ao **BENEFICIÁRIO** denunciá-lo, mediante notificação escrita a **DENTAL UNI**, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias antes da data de aniversário da sua vigência, sendo devidos os valores contratuais vencidos e vincendos até o último dia de vigência do contrato.

Durante a vigência do aviso prévio para a rescisão contratual, não será admitida inclusão de usuários no Plano.

O **BENEFICIÁRIO** será responsável pelo ressarcimento de quaisquer despesas e ônus a **DENTAL UNI**, se ele, seus dependentes e até mesmo terceiros estranhos ao plano, utilizarem indevidamente o “Cartão Dental Uni” após a data da rescisão do contrato.

O **BENEFICIÁRIO** titular poderá requerer a exclusão por escrito de qualquer usuário inscrito, permanecendo intactos os benefícios aos usuários remanescentes.

Se a exclusão se der antes do término do prazo mínimo de permanência de 24 (vinte e quatro) meses da Proposta de Adesão, o **BENEFICIÁRIO** titular pagará indenização de 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades do usuário excluído que seriam devidas até o fim do período mencionado. A multa é extensiva também ao cancelamento do contrato antes do prazo mínimo de permanência.

Ocorrendo a rescisão do contrato, qualquer que seja o motivo, não haverá devolução de valor pago a qualquer título e de qualquer espécie.

Todas as mensalidades retroativas à data do cancelamento que ainda estiverem pendentes de pagamento são devidas.

## ■ DISPOSIÇÕES GERAIS

**Cláusula 37ª** Nesta modalidade de contrato, há fatores de contenção para coibir abusos e evitar gastos desnecessários, de acordo com a natureza do procedimento odontológico, os quais estão descritos e definidos em conjunto com o próprio ato odontológico.

**Cláusula 38ª** O **BENEFICIÁRIO** compromete-se a fornecer uma relação de todos os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, com nome completo, qualificação, endereço, números de **RG** e **CPF**, assim como nome completo e grau de parentesco, assumindo em seu nome e em nome deles, a responsabilidade pelas declarações prestadas.

**Parágrafo único:** As inclusões e exclusões de **BENEFICIÁRIOS** deverão ser comunicadas por escrito pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** à **DENTAL UNI**.

**Cláusula 39ª** OS **BENEFICIÁRIOS** reconhecem que o tratamento dentário a que se submeterem é uma prestação de serviços caracterizada como obrigação de meios, e não de resultado, estando cientes de que o melhor proveito dependerá da observância das condutas profiláticas indicadas pelo profissional cooperado, contratado ou credenciado da **DENTAL UNI**, com irrepreensível disciplina quanto à higiene e assiduidade nos retornos de controle na manutenção dos tratamentos, responsabilizando-se pelas conseqüências advindas pelos insucessos por sua negligência em seguir as orientações propostas.

**Cláusula 40ª** Quaisquer insatisfações dos **BENEFICIÁRIOS**, quanto ao atendimento recebido, tanto dos profissionais cooperados, contratados ou credenciados da **DENTAL UNI**, como dos seus funcionários, deverão ser comunicadas por escrito.

**Cláusula 41ª** O **BENEFICIÁRIO TITULAR**, por si e **DEPENDENTES**, desde logo autoriza a **DENTAL UNI** a prestar aos órgãos de fiscalização e controle de assistência à saúde todas as informações cadastrais que forem requisitadas, inclusive concernentes aos atendimentos.

**Cláusula 42ª** Este contrato poderá sofrer adições, substituições ou modificações, seja no tocante aos serviços prestados, seja no tocante às cláusulas e condições contratuais.

§ 1º Todas as alterações e modificações deste contrato, sob pena de invalidade, serão efetuadas mediante documento escrito e assinado pelas partes.

§ 2º A invalidade ou ineficácia de alguma cláusula específica deste contrato não gerará a nulidade das demais disposições pactuadas.

**Cláusula 43ª** Fazem parte deste contrato a Proposta de Adesão, o Anexo I com a relação de procedimentos cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica, necessários à delimitação do objeto do contrato, e os documentos que tratem de assuntos pertinentes ao Plano, dentre eles: declarações de saúde, tabela de reembolso, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, manual de orientação para contratação de plano de saúde.

**Parágrafo único:** As alterações de informações da Proposta de Adesão, tais como inclusões, exclusões e migrações de beneficiários deverão ser requeridas pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** junto à **DENTAL UNI**, sempre por escrito e mediante protocolo, conforme documento padrão elaborado pela **DENTAL UNI**, não considerando válidos pedidos que não atendam esse procedimento.

**Cláusula 44ª** A eventual aceitação, por uma das partes, da inexecução, pela outra, de quaisquer cláusulas ou condições deste contrato, qualquer tempo, deverá ser interpretada como mera liberalidade, não implicando, portanto, na desistência de exigir o cumprimento das disposições aqui contidas ou do direito de pleitear, futuramente, a execução total de cada uma das obrigações.

**Cláusula 45ª** As partes não poderão ceder ou transferir, a qualquer título e sob qualquer forma, total ou parcialmente, este contrato, sob pena de ser considerado rescindido, imediata e automaticamente.

**Cláusula 46ª** O **BENEFICIÁRIO** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é restrito à **DENTAL UNI**.

**Cláusula 47ª** – Os custos fiscais decorrentes deste contrato serão suportados pela **DENTAL UNI**.

**Cláusula 48ª** O **BENEFICIÁRIO TITULAR** declara, por si e por seus **DEPENDENTES**, ter ficado de posse deste contrato, de seus Anexos e de todos os documentos neles mencionados por um prazo que lhe permitiu ler todas as suas cláusulas e condições, o que lhe possibilita concordar expressamente com todo o seu conteúdo, inclusive com as dimensões e os tipos gráficos utilizados para as impressões.

**Cláusula 49ª** Este contrato e os documentos nele mencionados foram elaborados com base na legislação pertinente vigente na data da sua assinatura, fato que permite à **DENTAL UNI**, caso surjam novas alterações que impliquem modificações do que aqui foi acordado, proceder a novo ajuste nas condições, inclusive com relação aos valores pactuados, desde que previamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**Cláusula 50ª** Para todos os efeitos deste contrato, os termos a seguir descritos são assim definidos:

**CONTRATADA/DENTAL UNI/OPERADORA:** A **DENTAL UNI**, operadora de planos privados de assistência odontológica, que, na qualidade de mandatária dos cirurgiões dentistas cooperados, contratados ou credenciados, obriga-se a garantir aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos pela **CONTRATANTE** a prestação dos serviços estabelecidos neste contrato;

**CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO TITULAR:** a pessoa física identificada no preâmbulo deste contrato, responsável pela contratação dos serviços estabelecidos neste contrato para si e para seus respectivos dependentes;

**BENEFICIÁRIOS:** as pessoas físicas inscritas perante a **DENTAL UNI**, que utilizarão os serviços estabelecidos neste contrato, podendo ser titulares ou dependentes;

**PROPOSTA DE ADESÃO:** o documento que deve ser preenchido pelos **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE**, no qual eles expressam a intenção de contratar os serviços definidos neste contrato e manifestam conhecimento pleno de seus direitos e obrigações;

**CÁLCULO ATUARIAL:** o cálculo estatístico da incidência de utilização dos serviços cobertos pelo plano de assistência à saúde, necessário para verificar o equilíbrio financeiro e o grau de sinistralidade e fornecer dados para a manutenção ou a correção do valor da mensalidade;

**ATO/PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO:** o procedimento odontológico constante na Tabela de Atos Odontológicos da **DENTAL UNI (Anexo II)**.

**FICHA DE ATOS ODONTOLÓGICOS – FAO:** o documento no qual o prestador do serviço discriminará os procedimentos necessários ao tratamento do **BENEFICIÁRIO**, que somente terá validade legal após ser autorizado pela **DENTAL UNI**, ou por outra cooperativa do Sistema Nacional Dental Uni

responsável pelo tratamento, e pela **CONTRATANTE**;

**USO – UNIDADE DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO:** o número quantitativo que define o custo de um ato odontológico.

■ **ELEIÇÃO DE FORO**

Finalmente, por estarem assim justos e contratados, as partes elegem o FORO da comarca do Contratante, para dirimir as questões oriundas do presente contrato e firmam o presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviço de Assistência Odontológica em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito.

Curitiba – PR, ..... de ..... de 2014.

**DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**



Dr. Paulo Henrique Cariani  
Vice Presidente



Dr. Luiz Humberto S. Daniel  
Presidente

Nome Completo: .....  
RG: .....  
CPF: .....

## Anexo II

# GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



Operadora: **Dental Uni - Cooperativa Odontológica**  
 CNPJ: **78.738.101/0001-51**  
 N° de registro na ANS: **304484**  
 N° de registro do produto: **703.454/99-7**  
 Site: **www.dentaluni.com.br**  
 Tel.: **(41) 3371-1900**  
**4007-2525 (Capitais)**  
**0800 643 4300 (Demais localidades)**

		<i>Página do Contrato</i>
<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	<b>1</b>
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	<b>1</b>
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	<b>NC</b>
<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. à exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	<b>1</b>
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a quem tem direito.	<b>3</b> <b>Anexo 1</b>
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	<b>3</b>
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	<b>4</b>

<b>CARÊNCIAS</b>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, ao contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	<b>4</b>
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	<b>6</b>
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	<b>4</b>
<b>RESCISÃO/SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	<b>10</b>
<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	<b>9</b>
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	<b>NC</b>

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

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.**



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)

**Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

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

**Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas a previstas na Lei nº 9.656/1998.  
 A cobertura para acidente de trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

**Abrangência geográfica**

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

**Área de Atuação**

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

**Administradora de Benefícios**

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

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9650).*

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO**

O Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



**Ministério da Saúde**

**Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**  
 Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP:20021-040  
 Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
 ouvidoria@ans.gov.br

**Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde**

**Diferenças entre planos individuais e coletivos**

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

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

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
<b>CARÊNCIA</b>	<b>Coletivo Empresarial</b>
É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Com 30 participantes ou mais Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
	Com menos de 30 participantes É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
	<b>Coletivo por Adesão</b>

Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

<p><b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b></p>	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, pericia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiários de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a Operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, intervenções cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	<p><b>Coletivo Empresarial</b></p> <p>Com 30 participantes ou mais</p> <p>Com menos de 30 participantes</p> <p><b>Coletivo por Adesão</b></p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.</p>
<p><b>MECANISMO DE REGULAÇÃO</b></p>	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquias. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de</p>	<p>saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de pericia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>
<p><b>REAJUSTE</b></p>	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar o reajuste à ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados a partir da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.</p> <p>Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>
<p><b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b></p>	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a</p>	<p>alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>
<p><b>VIGÊNCIA</b></p>	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
<p><b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b></p>	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivo ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 5ºº dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras.</p> <p>A rescisão unilateral motivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuidade da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>
<p><b>Perda de condição de beneficiário nos planos coletivos</b></p> <p>Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênera, órgão público ou empresa.</p> <p><b>Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9,656, nos planos coletivos empresariais</b></p> <p>Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.</p>		



**REGIME DE CONTRATO – INDIVIDUAL E FAMILIAR**  
**ÁREA DE ABRANGENCIA – Regional B – Grupo de Municípios**

■ **CONTRATANTE**

O (a) Sr(a): ....., portador do CPF ....., RG ....., infra assinado(a) e identificado(a) na “**Proposta de Adesão**” e doravante denominado(a) simplesmente de **Beneficiário**.

■ **OPERADORA CONTRATADA**

DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, CNPJ 78.738.101/0001-51, com sede a Rua Irmã Flávia Borlet, 197, Hauer, CEP 81630-170, Curitiba – PR, denominada doravante DENTAL UNI, representada pelo seu Presidente DR. LUIZ HUMBERTO DE SOUZA DANIEL, portador de RG 2.129.230-3 e CPF 661.659.709-15 e pelo Vice presidente DR. PAULO HENRIQUE CARIANI, portador de RG 3.991.691-6 e CPF 726.891.029-00, assinados perante o 2º Cartório de Registro de Títulos e Documentos em Curitiba, Estado do Paraná.

**DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE DO TITULAR / RESPONSÁVEL**

Declaro que conheço os termos de Contrato Particular de Assistência Odontológica, cuja cópia fiel encontra-se na **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, registrada sob o nº. 703.454/99-7, efetuada em 23/04/1999** e atualizada conforme RN 195 em 14/12/2009.

Declaro, ainda, ter recebido o **CONTRATO** ampliado, referente ao Plano AVANÇADO nº ..... juntamente com a 2ª via da Ficha de Inscrição nº. .... a **Tabela de Cobertura** e a **Tabela Geral da Dental Uni**.

Declaro também que, anteriormente a adesão ao plano contratado, recebi desta operadora o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS, o qual pude ler e compreender os termos da presente contratação.

Declaro também que recebi o Guia de Leitura Contratual – GLC, junto com o cartão de identificação e kit para utilização do plano odontológico.

Assumo, a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, e na qualidade de titular responsável pelos beneficiários nomeados na “Proposta de Adesão” constante na ficha de inscrição nos quais assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelos pagamentos dos valores a que este plano der causa, bem como o efetivo cumprimento das demais condições e obrigações avançadas neste instrumento pelo prazo contratado na “Proposta de Adesão”, que agora subscrevo.

Data Assinatura: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Contratante: .....

**Operadora Contratada: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Paulo Henrique Cariani  
Vice Presidente  
\_\_\_\_\_  
Dr. Luiz Humberto S. Daniel  
Presidente



A menor distância entre duas pessoas é o sorriso. **Quem tem valoriza.**

**CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

**Tel.: (41) 3371.1900 | Capitais e regiões metropolitanas: 4007 2400  
Demais localidades: 0800 643 4300 | [www.dentaluni.com.br](http://www.dentaluni.com.br)**