

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

INDIVIDUAL FAMILIAR (GRUPO DE MUNICÍPIOS)

PLANO DENTAL UNI AVANÇADO (DENTAL AMPLO) – ANS 703.454/99-7



Pode sorrir. A gente garante.

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL FAMILIAR (GRUPO DE MUNICÍPIOS) PLANO DENTAL UNI AVANÇADO (DENTAL AMPLO) – ANS 703.454/99-7

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

DENTAL UNI – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA (“DENTAL UNI” ou “CONTRATADA”), 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, nº 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, Guia do Beneficiário, Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS).

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO

Cláusula 1ª. O nome comercial do plano de assistência à saúde contratado é “PLANO DENTAL UNI AVANÇADO (DENTAL AMPLO)” o qual está registrado na ANS sob número 703.454/99-7.

TIPO DE CONTRATAÇÃO

Cláusula 2ª. Este contrato se caracteriza pela contratação “INDIVIDUAL 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. A área geográfica de abrangência do plano será o Grupo de Municípios.

AREA DE ATUAÇÃO

Cláusula 5ª. O atendimento será prestado nos municípios que integram a área geográfica de abrangência deste contrato, sendo os seguintes municípios: Curitiba, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Cascavel, São José dos Pinhais, Colombo, Guarapuava, Paranaguá, Pinhais, Araucária, Toledo, Campo Largo, Araongas, Umuarama, Almirante Tamandaré, Cambé, Piraquara, Campo Mourão, Paranavaí, Fazenda Rio Grande, Francisco Beltrão, Pato Branco e Telêmaco Borba.

FORMAÇÃO DO PREÇO

Cláusula 6ª. A formação do preço é pré-estabelecido.

ATRIBUTO DO CONTRATO

Cláusula 7ª. 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 8ª. São beneficiários deste contrato o CONTRATANTE, considerado BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão, na Proposta via telefone ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES.

Cláusula 9ª. Podem ser inscritos no plano como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a) o cônjuge;
- b) o companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) os filhos solteiros que permaneçam sob dependência econômica do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR;
- d) os tutelados e os menores sob guarda;
- d) os pais do titular e do cônjuge;
- f) os parentes colaterais do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR até o quarto grau de parentesco (avós, bisavós, tios, primos, sobrinhos).

§ 1º. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR ou Dependente adotante.

§ 2º. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, 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 através de novo Contrato, resguardando-se as condições aqui estabelecidas.

Cláusula 10. 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/TUTELAR.

Cláusula 11. 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 12ª. A contratada cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e

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

§ 1º. A cobertura odontológica, ANEXO I deste regulamento, compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

§ 2º. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo contrato.

EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Cláusula 13. Não estão cobertos pelo plano:

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

DURAÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 14. Este contrato terá vigência inicial de 24 (vinte e quatro) meses, sendo seu início a partir da assinatura/aceitação do contrato ou da assinatura/aceitação da proposta de adesão ou do pagamento da

primeira mensalidade, o que correr primeiro.

Parágrafo único. Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 15. O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR no ato da contratação poderá optar em contratar o plano descrito na cláusula 1ª deste regulamento, com a opção de cumprir ou não carência para início de utilização do plano.

Parágrafo único. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR no ato da contratação venha a optar pela contratação do plano com carência, este e seus dependentes cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

PROCEDIMENTOS	PRAZO
Diagnóstico	30 dias
Radiologia	90 dias
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias
Dentística	180 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	180 dias
Cirurgia	180 dias
Urgência/Emergência	24 horas
Demais Casos	180 dias

§ 1º. Para os casos de urgência/emergência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas.

§ 2º. As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura/aceitação da proposta de adesão, da assinatura/aceitação do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

§ 3º. Os prazos de carência também serão cumpridos pelos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES inscritos no plano.

§ 4º. Quando houver inclusão de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES após o início de vigência deste contrato, os períodos de carência para os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES ora incluídos serão contados a partir da data da inclusão destes ou do pagamento da primeira parcela na qual esteja incluso o custo relativo ao BENEFICIÁRIO DEPENDENTE incluído.

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Cláusula 16. Todos os serviços cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica, objeto deste contrato, serão realizados a qualquer momento, depois de cumpridas as carências definidas, independentemente da existência de doenças e lesões pré-existentes, não existindo coberturas parciais temporárias ou aplicação de agravo.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 17. Entendem-se como emergência os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do cirurgião-dentista assistente; e como urgência, os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 1º. Os beneficiários receberão atendimento de urgência/emergência preferencialmente nas clínicas aptas para este atendimento, bem como nos consultórios dos cirurgiões dentistas cooperados, credenciados e/ou contratados, e o acesso a esta rede fica disponível no site www.dentaluni.com.br.

§ 2º. Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da CONTRATADA:

- a) curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;
- b) curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
- c) imobilização dentária temporária: procedimento que visa à imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;
- d) recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;
- e) tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;
- f) colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- g) incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- h) incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- i) reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;
- j) tratamento de abscesso periodontal agudo;
- k) sutura de ferida em região bucomaxilofacial;
- l) redução simples de luxação de ATM;
- m) tratamento conservador de ATM;
- n) tratamento de pericoronarite.

§ 3º. Além desses, também serão cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

REEMBOLSO

Cláusula 18. Será garantido ao CONTRATANTE, o reembolso no limite das obrigações contratuais, das despesas odontológicas cobertas efetuadas com o tratamento dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e seus DEPENDENTES, quando não houver prestadores de serviços integrantes da rede cooperada, credenciada e/ou contratada da Operadora, na área de atuação do referido contrato e seus municípios limítrofes.

§ 1º. O registro do pedido de reembolso deve ser realizado em um dos canais de Relacionamento ao Beneficiário da CONTRATADA, onde o CONTRATANTE receberá o formulário para análise do reembolso, bem como número de protocolo, ao qual tem efeito de registro, movimentação e acompanhamento da solicitação.

§ 2º. Para o pedido de reembolso, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR deverá direcionar 2 (dois) ou mais orçamentos de profissionais particulares, contendo o nome técnico do procedimento necessário, número do elemento (dente), data, valor, nome/CPF do BENEFICIÁRIO, nome/CRO e carimbo do profissional solicitante, bem como o formulário de análise de reembolso entregue no ato do pedido, devidamente preenchido para que a operadora possa analisar o feito.

§ 3º Após análise da solicitação de reembolso, este será deferido ou indeferido pela CONTRATADA, e será formalizada através do protocolo de atendimento fornecido ao BENEFICIÁRIO no ato do registro.

§ 4º. Se este for deferido pela CONTRATADA, o CONTRATANTE deverá apresentar os seguintes documentos:

I. requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela CONTRATADA, solicitando o reembolso;

II. nota fiscal e/ou recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do BENEFICIÁRIO contendo nome técnico do procedimento, elemento (dente), data do dia do evento, enumerando todos os dados pessoais, aqui definidos como: número de RG, CPF, nome completo, telefone fixo e/ou celular, e-mail do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;

III. a documentação deverá estar acompanhada de imagens, radiografias ou fotos, sendo elas iniciais e finais de todos os tratamentos, desde que legíveis e tecnicamente aptas para análise;

IV. recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do BENEFICIÁRIO, acusando o recebimento do valor declarado.

Cláusula 19. O CONTRATANTE desde já fica ciente que reembolso será realizado conforme valor de tabela praticada junto à rede assistencial do presente plano e não pelo valor apresentado em nota fiscal e/ou recibo de honorários, referente ao tratamento.

Cláusula 20. A CONTRATADA efetuará o reembolso no prazo de até 30 (trinta) dias a contar do recebimento da documentação, relacionadas no § 4º e seus incisos da cláusula 18.

§ 1º. Fica reservado à CONTRATADA, no caso de inexistência de qualquer documento apresentado e/ou a falta dos mesmos, solicitar ao BENEFICIÁRIO informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação.

§ 2º. A CONTRATADA ao receber os documentos complementares supracitados, terá um novo prazo de até 30 (trinta) dias para analisar, deferir/indeferir e proceder com o reembolso em caso de aprovação.

REEMBOLSO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Cláusula 21. Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência/emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano, excetuando-se qualquer material ou medicamento prescrito para uso domiciliar.

Cláusula 22. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto registrar o pedido de reembolso em um dos canais de Relacionamento ao Beneficiário da CONTRATADA, onde receberá o formulário para pedido de reembolso, bem como número de protocolo,

ao qual tem efeito de registro, movimentação e acompanhamento da solicitação.

Cláusula 23. Através do protocolo de atendimento, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- I. requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela CONTRATADA, solicitando o reembolso;
- II. nota fiscal e/ou recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do BENEFICIÁRIO, contendo nome técnico do procedimento, elemento (dente), data do dia do evento, enumerando todos os dados pessoais, aqui definidos como: número de RG, CPF, nome completo, telefone fixo e/ou celular, e-mail do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- III. a documentação deverá estar acompanhada de imagens, radiografias ou fotos, sendo elas iniciais e finais de todos os tratamentos, desde que legíveis e tecnicamente aptas para análise;
- IV. recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do BENEFICIÁRIO, acusando o recebimento do valor declarado.

Cláusula 24. Preenchidos os requisitos para análise do reembolso, a CONTRATADA reserva-se o direito de deferir, indeferir ou solicitar informações complementares para análise do pedido.

Cláusula 25. A CONTRATADA efetuará o reembolso no prazo de até 30 (trinta) dias a contar do recebimento da documentação, relacionadas na cláusula 23.

§ 1º. Fica reservado à CONTRATADA, no caso de inexistência de qualquer documento apresentado e/ou a falta dos mesmos, solicitar ao BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação.

§ 2º. A CONTRATADA ao receber os documentos complementares supracitados, terá um novo prazo de até 30 (trinta) dias para analisar, deferir/indeferir e proceder com o reembolso em caso de aprovação.

Cláusula 26. 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.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 27. Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o Manual do Beneficiário vigente, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede CONTRATADA que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

Cláusula 28. Dentro dos limites territoriais estabelecidos neste contrato, os BENEFICIÁRIOS serão atendidos em consultório por cirurgiões-dentistas cooperados, contratados e/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 DENTAL UNI, podendo também referida relação ser obtida através de meio telefônico ou eletrônico.

§ 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 cooperado, contratado e/ ou credenciado,

o BENEFICIÁRIO poderá indicar e recomendar inclusões, que serão definidas pela DENTAL UNI, sob seu critério exclusivo.

§ 3º: Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

Cláusula 29. O cirurgião-dentista emitirá a Guia de Tratamento Odontológico - GTO, especificando os procedimentos a serem realizados, para que seja analisado pela operadora, perante a cobertura contratada, exceto nos casos de urgência/emergência, em que o atendimento será imediato.

§ 1º. A Operadora se reserva o direito de, a qualquer momento, sob seu exclusivo critério, criar mecanismos presenciais e/ou eletrônicos, visando a segurança e o aperfeiçoamento no atendimento aos beneficiários da CONTRATADA.

§ 2º. É facultado aos cooperados, contratados ou credenciados da CONTRATADA, lançar Guia de Tratamento Odontológico - GTO DE COBRANÇA, equivalente à falta injustificada, se reincidente, o BENEFICIÁRIO injustificadamente deixar de comparecer à consulta agendada

Cláusula 30. A CONTRATADA, quando da apresentação Guia de Tratamento Odontológico - GTO 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.

Cláusula 31. A Tabela de Atos Odontológicos da DENTAL UNI vigente poderá ser atualizada pela CONTRATADA, independentemente de autorização do BENEFICIÁRIO.

Cláusula 32. O Cartão DENTAL UNI é a identificação do BENEFICIÁRIO perante a operadora, na forma física e/ou virtual, onde contém o nome do BENEFICIÁRIO, o código de identificação perante a operadora e o plano contratado, e pode ser solicitado pelo profissional juntamente com documento de identificação contemplado com foto.

§ 1º. Por medidas de segurança, o cartão DENTAL UNI (físico e/ou virtual) ao ser emitido, se encontra bloqueado e seu desbloqueio deve ser realizado pelo Beneficiário TITULAR/TUTELAR para a realização de qualquer tratamento odontológico vinculado a este contrato.

§ 2º. O desbloqueio do cartão ou a falta desde, não se confunde com o início de vigência estipulado na Cláusula 14 deste contrato, ficando o CONTRATANTE desde já ciente de suas obrigações.

Cláusula 33. Quando ocorrer à rescisão deste contrato o BENEFICIÁRIO TITULAR terá seu Cartão DENTAL UNI cancelado automaticamente e deverá providenciar o descarte do mesmo.

Parágrafo único. A mesma regra se aplica quando solicitado exclusão de um BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.

Cláusula 34. No caso de extravio do Cartão DENTAL UNI, o BENEFICIÁRIO deverá comunicar a operadora em um dos seus canais de atendimento, sendo que a falta dessa providência poderá implicar na não continuidade do serviço prestado.

Parágrafo único. A emissão de segunda via ocorrerá mediante pagamento do custo de emissão de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00 (dez reais), valor este que será atualizado nos mesmos moldes da cláusula 43.

Cláusula 35. 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 através Central de Atendimento, site e/ou sítio eletrônico da Dental Uni, APP mobile, e/ou por escrito e protocolado junto à CONTRATADA.

DA GARANTIA / DIVERGÊNCIA TÉCNICA

Cláusula 36. O tratamento realizado pelos profissionais cooperados, contratados ou credenciados da DENTAL UNI, 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.

§ 1º. Por se tratar de atividade de meio e não de fim, o beneficiário deverá procurar o profissional ao qual realizou o tratamento odontológico, ficando este desde já ciente que deverá passar por avaliação do profissional ao qual realizou o seu tratamento para identificar o fato gerador.

§ 2º. Após avaliação, o pedido de garantia pode ser deferido, sendo necessário o retratamento, ou indeferido vez que, em muitos casos, independe da ação do profissional.

Cláusula 37. Havendo divergência a respeito do procedimento indicado pelo cooperado, contratado ou credenciados da DENTAL UNI, a Operadora deverá, justificadamente, manifestar a ele a indicação que entende necessária, ou a ausência de necessidade da realização do procedimento indicado, para que ele, de maneira também justificada, acolha a indicação feita pela Operadora, ou mantenha a indicação original, que caracterizará o impasse, e que deverá ser solucionado através da Junta odontológica, que será composta pelo Cirurgião-Dentista cooperado, contratado ou credenciado da DENTAL UNI, o Cirurgião-dentista auditor da Operadora e um terceiro escolhido de comum acordo.

Parágrafo único – Para agilizar a realização da Junta Odontológica, quando necessária, visando assegurar o atendimento no prazo da RN 259, se for o caso, o cooperado, contratado ou credenciado, de imediato, deverá ajustar com a DENTAL UNI a definição do Cirurgião-Dentista desempassador e disponibilizar todos os documentos para a realização da Junta sem a necessidade da presença do beneficiário perante os profissionais dentistas.

Cláusula 38. A CONTRATADA se reserva o direito de a qualquer momento, encaminhar o BENEFICIÁRIO para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de procedimentos, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da CONTRATADA.

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

Cláusula 39. O Guia do Beneficiário editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, credenciados e/ou contratados, bem como a relação com os respectivos endereços, estará disponível no site da DENTAL UNI (www.dentaluni.com.br), no APP mobile, em qualquer uma das unidades da DENTAL UNI e através do serviço de teleatendimento.

Parágrafo único. A CONTRATADA poderá, em qualquer momento e sob seu critério exclusivo, alterar por quaisquer motivos a relação dos cirurgiões-dentistas cooperados, credenciados e/ou contratados, devendo comunicar essas alterações aos BENEFICIÁRIOS através dos meios de comunicação.

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Cláusula 40. O CONTRATANTE pagará à CONTRATADA os seguintes valores:

I. por BENEFICIÁRIO inscrito no Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato, a mensalidade descrita na Proposta de Adesão, que será discriminada em fatura de prestação de serviços emitida pela CONTRATADA;

II. o valor de adesão descrito em Proposta de Adesão, por BENEFICIÁRIO inscrito no Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato.

Parágrafo único. A mensalidade que o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão, INDEPENDENTE DE SUA UTILIZAÇÃO.

Cláusula 41. O pagamento dos valores mensais devidos, será realizado impreterivelmente conforme descrito em Proposta de Adesão, em uma das Unidades da DENTAL UNI, perante seus representantes credenciados ou perante instituições financeiras por ela indicadas.

§ 1º. O valor do plano comercializado e ofertado no ato da contratação poderá variar conforme a opção de pagamento escolhida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, ficando este desde já ciente que a alteração na forma de pagamento ao decorrer do contrato também modificará o valor da mensalidade por vida contratada e não seguirá a tabela de comercialização vigente a época da contratação, se já completados os 12 (doze) primeiros meses de vigência, em virtude do reajuste contratual.

§ 2º. Quando houver a necessidade de inclusão e/ou exclusão de um ou mais BENEFICIÁRIOS, e a cobrança relativa ao mês em vigor já tenha sido emitida, o abatimento e/ou acréscimo do valor da mensalidade referente à exclusão e/ou inclusão será efetuado na mensalidade do mês subsequente.

Cláusula 42. Quando a data de vencimento dos valores mensais coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado no primeiro dia útil subsequente.

Parágrafo único. O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR poderá a seu único e exclusivo critério, alterar a data de vencimento do plano contratado, a qualquer momento, ficando desde já ciente que será devido à DENTAL UNI o valor correspondente a 01 (uma) mensalidade mês, independente do intervalo que existirá entre tais mensalidades, quando houver a mudança da data de vencimento.

Cláusula 43. Caso o BENEFICIÁRIO não receba o boleto bancário para pagamento até 5 (cinco) dias antes da data de vencimento da mensalidade, o CONTRATANTE deverá acessar a página da DENTAL UNI na internet (www.dentaluni.com.br), através de seu login e senha, imprimir a segunda via do boleto bancário e efetuar o pagamento, ou entrar em contato com a DENTAL UNI para informar que não recebeu o documento. O pagamento em atraso por não recebimento do boleto até a data do vencimento, não isenta dos encargos contratuais previstos neste contrato.

§ 1º. Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

§ 2º. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

§ 3º. A cobrança da taxa bancária prevista em boleto será dispensada caso o BENEFICIÁRIO efetue o pagamento de suas mensalidades e/ou ato complementar parcelado em boleto, diretamente em uma das unidades da DENTAL UNI. Caso opte pelo pagamento das mensalidades por débito em conta corrente e/ou cartão de crédito, não haverá cobrança de taxa bancária.

§ 4º. No ato da contratação o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR poderá optar por receber as faturas por meio digital.

§ 5º. Ao optar por receber as faturas mensais por meio digital, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR se obriga a informar endereço eletrônico válido, onde afirma estar ciente que o endereço disponibilizado também será utilizado para recebimento de avisos, protocolos de atendimento, notificações relativas à cobrança e rescisão de contrato quando por inadimplência.

§ 6º. A CONTRATADA disponibilizará a seus BENEFICIÁRIOS TITULARES/TUTELARES que optaram por receber as faturas impressas, a opção de migrar para o meio digital.

Cláusula 44. Caso opte pelo pagamento por meio de débito em conta corrente, o CONTRATANTE fica responsável pelas informações bancárias fornecidas e compromete-se a liberar e/ou autorizar o débito junto a instituição financeira, bem como consultar sua movimentação bancária e manter saldo suficiente para quitação mensal do débito.

Parágrafo único. O não pagamento por problemas de informações bancárias, ou ausência de liberação/autorização ou por insuficiência de fundos serão passíveis de cobrança e/ou reapresentação do débito após a constatação do inadimplemento, ficando o BENEFICIÁRIO ciente que os valores decorrentes de tal inadimplência são efetivamente devidos.

Cláusula 45. Caso opte pelo pagamento por meio de cartão de crédito, o CONTRATANTE fica responsável pelas informações fornecidas referentes aos dados do cartão, bem como se compromete a informar sobre alterações referente a mudança do cartão de crédito no caso de extravio, vencimento do cartão e/ou mudança de bandeira, e compromete-se a consultar sua movimentação financeira, mantendo saldo suficiente para a quitação mensal do débito.

Parágrafo único. O não pagamento por limite insuficiente, divergência nas informações repassadas do cartão, troca de bandeira, extravio, vencimento, bloqueio, entre outros, serão passíveis de cobrança e/ou reapresentação após a constatação do inadimplemento, ficando o BENEFICIÁRIO ciente que os valores decorrentes de tal inadimplência são efetivamente devidos.

Cláusula 46. Havendo a possibilidade de parcelamento dos procedimentos não cobertos pelo plano contratado, o BENEFICIÁRIO desde já fica ciente que:

- a) o parcelamento do ato complementar estará sujeito às regras internas da DENTAL UNI e/ou da Rede Credenciada;
- b) se disponibilizado o parcelamento através de boleto bancário, este será submetido a análise de crédito.

Cláusula 47. O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR reconhece expressamente que os valores devidos por força deste contrato constituem dívidas líquidas, certas e exigíveis, facultando à DENTAL UNI em caso de falta de pagamento de qualquer deles, proceder à cobrança por meio de execução judicial do valor principal, acrescido dos encargos previstos, bem como incluir o nome do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR como inadimplente, nos cadastros de proteção ao crédito, tais como SPC, SERASA e Vídeo Cheque, entre outros.

Parágrafo único. Estará disponível no site da DENTAL UNI (www.dentaluni.com.br) a Declaração de Quitação de Débito, disposta até o quinto mês subsequente ao exercício fechado, para os BENEFICIÁRIOS que necessitarem, em cumprimento a Lei 12.007/2009.

REAJUSTE

Cláusula 48. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação positiva do Índice IGP-M/FGV. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

Cláusula 49. Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Cláusula 50. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

Cláusula 51. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

Cláusula 52. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 53. Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em relação à idade dos BENEFICIÁRIOS.

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO

Cláusula 54. O BENEFICIÁRIO DEPENDENTE será excluído do plano odontológico nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR.

§ 1º. A extinção do vínculo do titular, por morte, assegura aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

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

Cláusula 55. O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR poderá requerer, nos moldes da RN 412/2016, a exclusão de qualquer BENEFICIÁRIO DEPENDENTE inscrito, permanecendo intactos os benefícios aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES remanescentes.

RESCISÃO

Cláusula 56. Durante o período de vigência deste contrato, o mesmo poderá ser rescindido nas

seguintes hipóteses:

a) a pedido do CONTRATANTE;

b) pela CONTRATADA, somente nas hipóteses abaixo (art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998):

b.1) fraude comprovada;

b.2) não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Cláusula 57. O CONTRATANTE poderá requerer o cancelamento do contrato ou a exclusão dos dependentes das seguintes formas:

I – presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;

II – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora ou

III – por meio da página da operadora na internet.

Cláusula 58. O pedido de cancelamento ou exclusão tem EFEITO IMEDIATO a partir da ciência da operadora. Após a data e horário da sua solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato, o BENEFICIÁRIO não estará mais coberto pelo seu plano contratado.

§ 1º. Qualquer procedimento odontológico, mesmo que já autorizado pela DENTAL UNI, não será realizada após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato.

§ 2º. O pedido de cancelamento ou exclusão de contratos individuais ou familiares, independente da sua utilização, não exige o CONTRATANTE do pagamento de multa rescisória, prevista em contrato, quando a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, observada a data de assinatura da proposta de adesão ou da aceitação da mesma.

Cláusula 59. É facultado à 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, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência, 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 ou em caso de fraude comprovada.

§ 1º. No final da vigência de 12 (doze) meses, é facultado ao CONTRATANTE denunciá-lo, sendo devidos os valores contratuais vencidos e vincendos até o último dia de vigência do contrato.

§ 2º. Se a exclusão do titular ou de seus dependentes se der antes do término do prazo mínimo de permanência de 12 (doze) meses da Proposta de Adesão ou da aceitação, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR pagará indenização de 20% (vinte por cento) sobre as mensalidades restantes do BENEFICIÁRIO excluído, calculada sobre o período de 12 (doze) meses, ou proporcionalmente ao período restante para fundar o prazo mínimo de permanência, acaso menor. O mesmo critério de multa é também aplicável ao cancelamento do contrato antes do prazo mínimo de vigência.

§ 3º. Ocorrendo a rescisão do contrato, qualquer que seja o motivo, não haverá devolução de valor pago a qualquer título e de qualquer espécie.

§ 4º. Independente de utilização, todas as mensalidades devidas até à data do cancelamento que ainda estiverem pendentes de pagamento são devidas.

§ 5º. Na hipótese de denúncia antecipada do contrato pelo BENEFICIÁRIO, e tendo ele optado pela

modalidade de pagamento mediante débito em conta corrente fica ciente que, em razão dos trâmites administrativos da Instituição Bancária, pode haver o desconto do débito em sua conta corrente. Caso ocorra o débito programado após denúncia do contrato o mesmo será devolvido em conta corrente na qual houve o desconto.

§ 6º. No caso de rescisão desse contrato, qualquer que seja o motivo, o BENEFICIÁRIO desde já autoriza a DENTAL UNI a proceder à compensação de valores eventualmente pagos durante a vigência do Contrato com valores devidos em razão de inadimplência, multas ou demais despesas incorridas pelo BENEFICIÁRIO no curso da relação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 60. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Cláusula 61. São adotadas as seguintes definições:

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

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

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

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

ATO/PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO: procedimento odontológico constante na Tabela de Atos Odontológicos constante no Anexo I.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - GTO: 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, responsável pelo tratamento, e pelo CONTRATANTE.

JUNTA ODONTOLÓGICA: junta formada por profissionais cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, constituída após busca de consenso sem resolução, podendo ocorrer na modalidade presencial, quando se fizer necessária a presença do beneficiário junto ao(s) profissional(ais) cirurgião(ões)-dentista(s), ou à distância, na hipótese em que não for necessária a presença do beneficiário junto ao(s) profissional(ais) cirurgião(ões)-dentista(s).

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao BENEFICIÁRIO que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à operadora.

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

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

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

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

REEMBOLSO: Entende-se por reembolso o pagamento ao BENEFICIÁRIO inscrito no Plano, das despesas com assistência odontológica, por ele efetuadas quando na área de atuação do referido contrato não conter prestadores de serviços integrantes da rede cooperada, credenciada e/ou contratada da Dental Uni, decorrente de eventos cobertos, até os limites estabelecidos do plano contratado

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

TUTELAR: o BENEFICIÁRIO TUTELAR é o responsável legal do BENEFICIÁRIO TITULAR do plano, por razões legais ou determinação judicial, representando o BENEFICIÁRIO TITULAR perante a CONTRATADA, respondendo em nome deste por todas as obrigações e direitos decorrentes deste contrato.

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

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

Cláusula 62. O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR 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.

Cláusula 63. OS BENEFICIÁRIOS reconhecem que o tratamento dentário a que se submeterem é uma prestação de serviços caracterizada como obrigação de meio, 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 consequências advindas pelos insucessos por sua negligência em seguir as orientações propostas.

Cláusula 64. O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, 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 65. 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 66. As alterações de informações da Proposta de Adesão, tais como inclusões, exclusões e migrações de BENEFICIÁRIOS deverão ser requeridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR 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.

Parágrafo único. O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR compromete-se a manter regularmente atualizados seus dados cadastrais, no tocante ao endereço eletrônico (e-mail), telefone residencial,

celular e o endereço residencial para o encaminhamento de informações e/ou documentos relativos ao plano contratado.

Cláusula 67. 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 68. 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 69. O BENEFICIÁRIO reconhece expressamente que seu vínculo contratual é restrito à DENTAL UNI.

Cláusula 70. Os custos fiscais decorrentes deste contrato serão suportados pela DENTAL UNI.

Cláusula 71. O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR 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, conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor, o que lhe possibilita concordar expressamente com todo o seu conteúdo, inclusive com as dimensões e os tipos gráficos utilizados para as impressões.

Cláusula 72. 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 73. Os contratos firmados com a CONTRATADA, de forma não presencial poderão ser rescindidos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, sem qualquer ônus, em até 7 (sete) dias, contados da assinatura da proposta de adesão ou aceitação do contrato no ato da venda.

ELEIÇÃO DE FORO

E, por estarem assim justos e contratados, elegem o FORO da comarca do CONTRATANTE para resolver questões oriundas do presente contrato e firmam o presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito, na presença de duas testemunhas, que também assinam.

Curitiba – PR, ___ de _____ 20 ____.

Contratada: **DENTAL UNI – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**



Dr. Paulo Henrique Cariani
Vice Presidente



Dr. Luiz Humberto de Souza Daniel
Presidente

Tiragem: I/MMXIX

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



Operadora: **Dental Uni - Cooperativa Odontológica**

CNPJ: **78.738.101/0001-51**

Nº de registro na ANS: **304484**

Nº de registro do produto: **703.454/99-7**

Site: **www.dentaluni.com.br**

Tel.: **(41) 3371-1900**

4007-2525 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 603 3683 (Demais localidades)

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual / Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	NC
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas; à exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na Legislação de Saúde Suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado como operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	3 Anexo 1
EXCLUSÕES E COBERTURAS	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.	3
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	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.	5

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à 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 em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	4
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	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 e/ou utilização dos serviços de saúde.	6
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	4
RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	11
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos. Ocasional por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização de serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	10
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade para o 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.	NC

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.



**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 / 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 COLETIVOS	
		COLETIVO EMPRESARIAL	
CARÊNCIA	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.
		COLETIVO POR ADESÃO	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia 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, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga 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.

COLETIVO EMPRESARIAL	
Com 30 participantes ou mais.	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
Com menos de 30 participantes.	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
COLETIVO POR ADESÃO	
É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.	
MECANISMO DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.
REAJUSTE	<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. 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. 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. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	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 alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.
VIGÊNCIA	<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>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<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 50º 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. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO NOS PLANOS COLETIVOS

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

DIREITOS DOS ARTIGOS 30 E 31, DA LEI Nº 9.656, NOS PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

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.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa, órgão público, com a qual mantém o vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiários do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

DIREITO DE MIGRAR PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR APROVEITANDO CARÊNCIA DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de 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 enfermária. 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 considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O 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 / ouvidoria@ans.gov.br

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(a)**.

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** o qual segue as atualizações constantes na RN 195 em 14/12/2009.

Declaro, ainda, ter recebido o **CONTRATO** ampliado, referente ao Plano DENTAL UNI AVANÇADO (DENTAL AMPLO) nº _____ juntamente com a 2ª via da Proposta de Adesão nº. _____ a **Tabela de Cobertura e a Tabela Geral da Dental Uni**.

Declaro também que, anteriormente a adesão ao plano contratado, recebi 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**” dos 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 elencadas neste instrumento pelo prazo contratado na “**Proposta de Adesão**”, que agora subscrevo.

Data Assinatura: ____ / ____ / ____

Contratante: _____

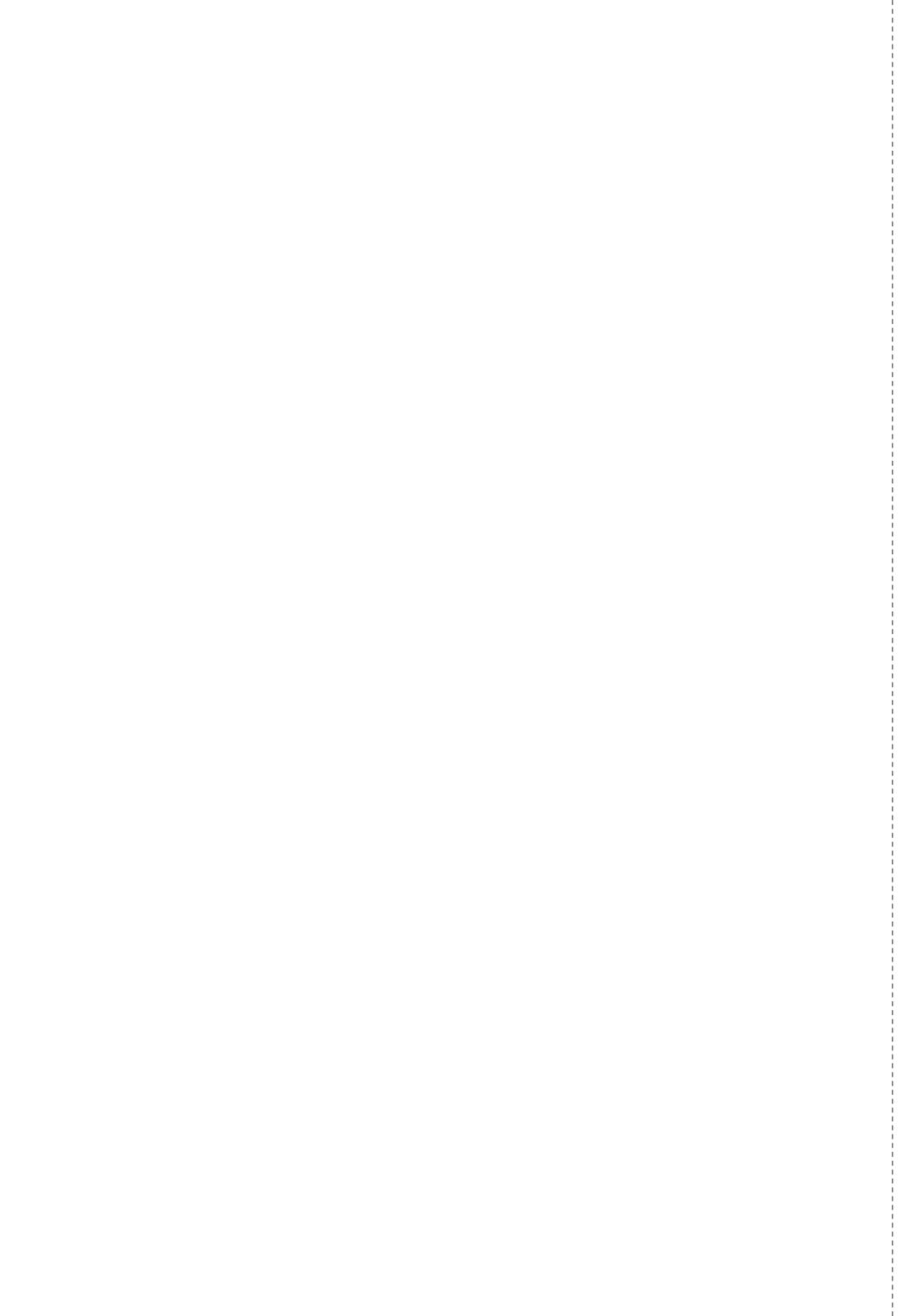
Operadora Contratada: **DENTAL UNI Cooperativa Odontológica**



Dr. Paulo Henrique Cariani
Vice Presidente



Dr. Luiz Humberto de Souza Daniel
Presidente





CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM O BENEFICIÁRIO

Tel.: **4007 2400** (Capitais e regiões metropolitanas) | **0800 643 4300** (Demais localidades)
E-mail: **beneficiario@dentaluni.com.br** | **www.dentaluni.com.br**