

**PROPOSTA DE ADESÃO**
**CONTRATO Nº** 11003770  
**CLIENTE Nº** 1042

a) *Qualificação da operadora:*

**UNIODONTO FORTALEZA – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 23.725.062/0001-66 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 33.525-8, com sede na cidade de Fortaleza, Ceará, na Rua Costa Barros nº 915, 12º andar, neste ato por seus diretores na forma dos atos constitutivos, doravante denominada **UNIODONTO**.

b) *Qualificação do contratante:*

<b>Razão Social:</b>	<b>ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO MINISTERIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ - ASSEMPECE</b>		
<b>Nome Fantasia:</b>	*****		
<b>Ramo de Atividade:</b>	<b>OUTRAS ATIVIDADES DE SERVIÇOS</b>	<b>Setor de Atividade:</b>	<b>ATIVIDADES DE ASSOCIAÇÕES DE DEFESA DE DIREITOS SOCIAIS</b>
<b>CNPJ:</b>	<b>08.418.921/0001-80</b>		
<b>Endereço:</b>	<b>RUA ASSUNÇÃO, NÚMERO 924</b>		
<b>Complemento:</b>	<b>SALA 05 – ANDAR 1</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>JOSÉ BONIFÁCIO</b>		
<b>Cidade:</b>	<b>FORTALEZA</b>	<b>Estado:</b>	<b>CE</b>
<b>Cep:</b>	<b>60.050-010</b>		
<b>Representante Legal:</b>	<b>FRANCISCO ANTONIO TAVORA COLARES</b>		
<b>CPF:</b>	<b>016.836.815-33</b>		
<b>Contato:</b>	<b>EDILENE MACIEL</b>	<b>Telefone:</b>	<b>(85) 3077-3059</b>

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

Nome Comercial: **UNIMASTER LIGHT EMPRESARIAL I**  
 Registro de Produto ANS nº: **465.042/11-5**

d) *tipo de contratação:* **COLETIVO EMPRESARIAL**

e) *segmentação assistencial do plano de saúde:* **EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA.**

f) *área geográfica de abrangência do plano de saúde:* **Grupo de Municípios.**

g) *área de atuação do plano de saúde:* **Fortaleza, Maracanaú, Juazeiro do Norte, São Gonçalo do Amarante (Pecém), Itapipoca, Iguatu, Crateús, Tauá, Sobral e Quixadá, todos no Estado do Ceará.**

*h) Serviços e coberturas adicionais:*

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

*i) formação do preço: Regime misto de pagamento.*

*j) Preços:*

Inscrição por beneficiário inscrito	R\$ 5,00 ( cinco reais)
Mensalidade por beneficiário inscrito	R\$ 20,00 ( vinte reais)
Cobertura em pós-pagamento	Anexo I

*k) Data de vencimento: dia 10 (dez) de cada mês.*

*l) Valor de Emissão de 2ª Via de cartão de identificação: R\$ 10,00 (Dez reais)*

*m) Valores máximos de reembolso de Urgência/Emergência:*

PROCEDIMENTO	SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 8:00 ÀS 18:00 HORAS	HORÁRIO NOTURNO E AOS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS
Colagem de Fragmentos Dentários	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Imobilização Dentária	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Redução de Luxação da Atm	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Tratamento de Abscesso Periodontal	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Tratamento de Alveolite	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Tratamento de Odontalgia Aguda	R\$ 52,00	R\$ 91,00

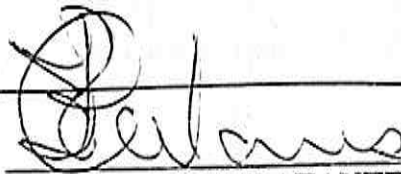
*Francisco Antônio Távora Colares*  
Presidente da Associação

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

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

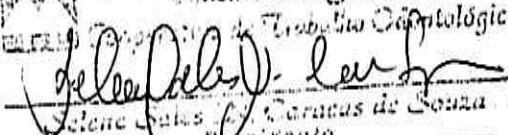
Fortaleza, 17 de Dezembro 2011.

ASSEMPECE  
EM CONVÊNIO

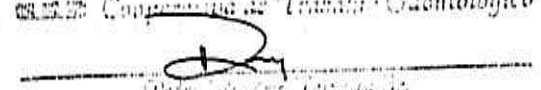


Francisco Antônio Távora Colares  
Presidente da Assempece

CONTRATANTE

Uniodonto de Fortaleza  
Comunidade de Trabalho Odontológico  
  
Selene Sales de Souza  
Presidente

PRESIDENTE DA UNIODONTO  
CONTRATADA

Uniodonto de Fortaleza  
Comunidade de Trabalho Odontológico  
  
Pedro Augusto Costa Jr.  
Vice-Presidente

VICE PRESIDENTE DA UNIODONTO  
CONTRATADA

**CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO**

Registro de Operadora ANS nº 33.525-8

1 Registro de Produto ANS nº 465.042/11-5

**I - ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, para garantir a execução dos atos odontológicos dispostos neste contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

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

**II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**2.1. Poderão ser inscritos como beneficiários titulares:**

- a) os empregados, exceto os trabalhadores em período de experiência, contratados por prazo determinado, estagiários e menores aprendizes;
- b) sócios da pessoa jurídica contratante;
- c) os administradores da pessoa jurídica contratante;
- d) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante.

**2.2. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes as pessoas que façam parte do grupo familiar do beneficiário titular, assim entendidos:**

- a) o cônjuge;
- b) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 18 (dezoito) anos, ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitário(s), ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- d) o irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 18 (dezoito) anos, desde que o beneficiário titular ou Responsável detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- e) os pais, os avós ou os bisavós, desde que possuam dependência econômica do beneficiário titular ou do Responsável.

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

2.3. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada no ato da celebração deste contrato, ou posteriormente até o dia 20 de cada mês, por meio da relação escrita, que integra este contrato para todos os fins de direito.

Rua Costa Barros, 915, 12º andar - Centro - Fortaleza/CE - Fone: (85) 4009.5442  
www.uniodonto-ce.com.br

Francisco Antônio Távora Colares  
Presidente da Assempeca

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

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

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

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

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

### III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

3.2. Estão cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento), os seguintes atos odontológicos:

#### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

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

### **DIAGNÓSTICO**

- Consulta Odontológica Inicial

### **CONDICIONAMENTO**

- Condicionamento em Odontologia

### **EXAMES**

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

### **RADIOLOGIA**

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

### **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

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

### **DENTÍSTICA**

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

### **PERIODONTIA**

- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Gengivectomia/Gengivoplastia

Rua Costa Barros 915, 12º andar – Centro – Fortaleza/CE – Fone: (85) 4009.5442  
[www.uniodonto-ce.com.br](http://www.uniodonto-ce.com.br)

Francisco Antônio Tavora Colares  
Presidente da Assembléia

- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

#### ENDODONTIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Pulpotomia
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético
- Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos
- Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

#### CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia com ou sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia/Bridotomia
- Cirurgia para Tórus/Exostose
- Exérese ou Excisão de Mucocele, Rânula ou Cálculo Salivar
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenectomia Labial
- Frenotomia/Frenectomia Lingual
- Odonto-Secção
- Redução de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)
- Ulectomia/Ulotomia

3.3. Os procedimentos odontológicos abaixo serão cobertos pelo regime de pós-pagamento, podendo ser utilizada a rede cooperada de cirurgiões-dentistas **mediante o pagamento integral de cada ato utilizado**, diretamente à UNIODONTO, nos valores descritos na **tabela referencial (anexo I)**:

### **CIRURGIA**

- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução

### **PRÓTESE**

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de RMF
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética

3.4. As atualizações do rol de procedimentos **integrarão a cobertura pós-paga** a que se refere a cláusula anterior, sendo acrescentada ao anexo I deste instrumento.

### **IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

#### **4.1. Não estão cobertos pelo plano:**

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, inclusive a especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

Rua Costa Barros, 915, 12º andar - Centro - Fortaleza/CE - Fone: (85) 4009.5442  
www.uniodonto-ce.com.br

Francisco Antônio Távora Colares  
Presidente da Assompero



- j) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- k) procedimentos com finalidade estética.

## V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12(doze) meses, contados da data de início da vigência fixada na proposta de adesão e, na sua ausência, da assinatura do contrato, desde que até estes momentos não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

## VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Os beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

Procedimento	Prazo Máximo Legal	Prazo contratado
<b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b>		
Colagem de Fragmentos Dentários	24 horas	24 horas
Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	24 horas	24 horas
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	24 horas	24 horas
Imobilização Dentária	24 horas	24 horas
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	24 horas	24 horas
Redução de Luxação da Atm	24 horas	24 horas
Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	24 horas	24 horas
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	24 horas	24 horas
Tratamento de Abscesso Periodontal	24 horas	24 horas
Tratamento de Alveolite	24 horas	24 horas
Tratamento de Odontalgia Aguda	24 horas	24 horas
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
Consulta Odontológica Inicial	180 dias	30 dias
<b>CONDICIONAMENTO</b>		
Condicionamento em Odontologia	180 dias	30 dias
<b>EXAMES</b>		
Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico (em Peça Cirúrgica, Material de Punção/Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Bucomaxilo-	180 dias	30 dias

Facial)		
Teste de Fluxo Salivar	180 dias	30 dias
<b>RADIOLOGIA</b>		
Radiografia Interproximal (Bite-Wing)	180 dias	30 dias
Radiografia Oclusal	180 dias	30 dias
Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)	180 dias	90 dias
Radiografia Periapical	180 dias	30 dias
<b>PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL</b>		
Aplicação de Selante	180 dias	30 dias
Aplicação Tópica de Flúor	180 dias	30 dias
Atividade Educativa em Saúde Bucal	180 dias	30 dias
Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	180 dias	30 dias
Dessensibilização Dentária	180 dias	30 dias
Profilaxia - Polimento Coronário	180 dias	30 dias
Remineralização Dentária	180 dias	30 dias
<b>DENTÍSTICA</b>		
Adequação do Meio Bucal	180 dias	30 dias
Ajuste Oclusal	180 dias	90 dias
Aplicação de Cariostático	180 dias	30 dias
Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável	180 dias	90 dias
Núcleo de Preenchimento	180 dias	60 dias
Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	180 dias	30 dias
Restauração em Amálgama	180 dias	45 dias
Restauração em Ionômero de Vidro	180 dias	45 dias
Restauração em Resina Fotopolimerizável	180 dias	45 dias
Restauração Temporária / Tratamento Expectante	180 dias	30 dias
Tratamento Restaurador Atraumático	180 dias	45 dias
<b>PERIODONTIA</b>		
Aumento de Coroa Clínica	180 dias	180 dias
Cirurgia Periodontal a Retalho	180 dias	180 dias
Cunha Proximal	180 dias	180 dias
Gengivectomia/Gengivoplastia	180 dias	60 dias
Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal	180 dias	30 dias
Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário	180 dias	30 dias
<b>ENDODONTIA</b>		
Capecamento Pulpar Direto -- Excluindo	180 dias	60 dias

Rua Costa Barros, 915, 12º andar - Centro - Fortaleza/CE - Fone: (85) 4009.5442  
www.uniodonto-ce.com.br

*Francisco Antônio Távora Colares*  
Presidente da Assembléa

Restauração Final	180 dias	30 dias
Pulpotomia	180 dias	180 dias
Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal	180 dias	180 dias
Remoção de Núcleo Intra-Canal	180 dias	180 dias
Remoção de Peça/Trabalho Protético	180 dias	180 dias
Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes	180 dias	180 dias
Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)	180 dias	180 dias
Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta	180 dias	180 dias
Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos	180 dias	30 dias
Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes	180 dias	90 dias
<b>CIRURGIA</b>		
Alveoloplastia	180 dias	90 dias
Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada	180 dias	180 dias
Apicetomia com ou sem Obturação Retrógrada	180 dias	90 dias
Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo	180 dias	90 dias
Biópsia de Boca	180 dias	60 dias
Biópsia de Glândula Salivar	180 dias	60 dias
Biópsia de Lábio	180 dias	60 dias
Biópsia de Língua	180 dias	60 dias
Biópsia de Mandíbula/Maxila	180 dias	60 dias
Bridectomia/Bridotomia	180 dias	90 dias
Cirurgia para Tórus/Exostose	180 dias	180 dias
Exérese ou Excisão de Mucocelo, Rânula ou Cálculo Salivar	180 dias	90 dias
Exodontia a Retalho	180 dias	60 dias
Exodontia de Raiz Residual	180 dias	45 dias
Exodontia Simples de Decíduo	180 dias	45 dias
Exodontia Simples de Permanente	180 dias	45 dias
Frenotomia/Frenectomia Labial	180 dias	90 dias
Frenotomia/Frenectomia Lingual	180 dias	90 dias
Odonto-Secção	180 dias	180 dias
Redução de Fratura Alvéolo Dentária	180 dias	24 horas
Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)	180 dias	90 dias
Ulectomia/Ulotomia	180 dias	90 dias

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

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

## VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

## VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

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

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

- requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o reembolso;
- orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, constando o número de sua inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF), acusando o recebimento dos valores combinados.
- recibo individualizado por procedimento, assinado pelo cirurgião-dentista assistente.

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

## IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### DA DIVULGAÇÃO DA REDE

Rua Costa Barros, 915, 12º andar - Centro - Fortaleza/CE - Fone: (85) 4009.5442  
www.uniodonto-ce.com.br

Francisco Antônio Távora Colares  
Presidente da Assempece

9.1. Neste ato é entregue ao CONTRATANTE o *Manual do Beneficiário*, editado pela UNIODONTO, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados e das cooperativas participantes do Sistema UNIODONTO, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de cooperados.

9.1.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço <http://www.uniodonto-ce.com.br>.

#### *ATENDIMENTO*

9.2. Para o atendimento dos procedimentos cobertos, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente a relação atualizada dos profissionais, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede UNIODONTO que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

#### *IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO*

9.3. Quando da utilização de procedimentos cobertos em qualquer modalidade de atendimento o beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação fornecido pela UNIODONTO juntamente com a identidade civil.

9.3.1. Na falta da carteira de identidade civil, deverá o beneficiário titular ou o beneficiário supri-la com um dos seguintes documentos considerados de identidade: carteiras expedidas pelos Comandos Militares, pelas Secretarias de Segurança Pública, pelos Institutos de Identificação e pelos Corpos de Bombeiros Militares; carteiras expedidas pelos órgãos fiscalizadores de exercício profissional (ordens, conselhos etc.); passaporte brasileiro; certificado de reservista; carteiras funcionais do Ministério Público; carteiras funcionais expedidas por órgão público que, por lei federal, valham como identidade; carteira de trabalho; carteira nacional de habilitação (somente o modelo aprovado pelo artigo 159 da Lei n.º 9.503, de 23 de setembro de 1997) e carteira de estudante.

#### *AUDITORIA*

9.4. A UNIODONTO, por iniciativa própria ou a pedido ou reclamação do BENEFICIÁRIO, realizará, sem custo adicional, auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

9.4.1. Na aplicação da auditoria odontológica inicial, a UNIODONTO se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

#### *DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA*

9.5. Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da UNIODONTO e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo

da UNIODONTO.

## **X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

10.1. Este contrato é regido pelo regime misto de pagamento, ou seja, parte dos procedimentos estará coberta por valor fixo e o restante dos procedimentos pelo regime de pós-pagamento, de acordo com a utilização.

10.2. O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIODONTO** a inscrição e a mensalidade nos valores relacionados na proposta de adesão.

10.3. Pela utilização dos serviços de procedimentos em regime de pós-pagamento, pelos beneficiários titulares e dependentes, o **CONTRATANTE** pagará a totalidade de seu custo, nos valores constantes na tabela referencial (anexo I).

10.4. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à **UNIODONTO**, não tendo o cooperado ou qualquer outro prestador autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da **UNIODONTO**.

10.5. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

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

b) da mensalidade, a cada período mensal, na data de vencimento ajustada, relativa ao número de beneficiários inscritos no plano;

c) dos valores previstos na tabela referencial (anexo I), relativos aos procedimentos cobertos em pós-pagamento, no mês imediatamente seguinte ao da aprovação do tratamento pela **UNIODONTO**, na mesma data de vencimento da mensalidade.

10.5.1. As cobranças emitidas pela **UNIODONTO** serão baseadas no número de beneficiários no momento de sua emissão, realizando-se os acertos dos valores nos meses subsequentes caso não seja possível sua alteração e remessa até o vencimento.

10.5.2. Havendo variação de preço de mensalidade pelo número de aderentes, a apuração da cobrança será realizada no momento do faturamento, majorando ou diminuindo o valor *per capita* conforme a faixa de número total de inscritos.

10.6. Os valores contratuais serão pagos até seus respectivos vencimentos na sede da **UNIODONTO**, em moeda corrente e à vista, podendo ser adotada a cobrança para pagamento na rede bancária.

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

Rua Costa Barros, 915, 12º andar – Centro – Fortaleza/CE – Fone: (85) 4009.5442  
www.uniodonto-ce.com.br

Francisco Antônio / Távora Colares  
Presidente de Assessoria

10.6.2. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO para que não se sujeite às conseqüências da mora.

10.7. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores contratados, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2 % (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

10.8. O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE em cadastro de restrição ao crédito.

## XI - REAJUSTE

### *PREESTABELECIDO*

11.1. Nos termos da lei, os valores da contraprestação preestabelecida e inscrição serão reajustados anualmente pela variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou pelo índice que venha a substituí-lo.

11.1.1. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

11.2. Independente do reajuste aludido na cláusula anterior, as partes poderão, a cada doze meses e por instrumento aditivo, repactuar os preços da contraprestação fixa visando manter o equilíbrio econômico do contrato.

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

### *PÓS-ESTABELECIDO*

11.4. A tabela de preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento, integrante deste contrato, será reajustada no mês de DEZEMBRO de cada ano, de acordo com a variação de custo dos procedimentos e materiais.

11.4.1. Os preços da tabela dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento poderão, ainda, ser reajustados pelos mesmos índices de correção previstos para o reajustamento da contraprestação pré-estabelecida.

11.4.2. As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, e serão enviadas ao CONTRATANTE.

11.4.3. Fica estabelecido que os valores dos atos em pós-pagamento relativos à posterior inclusão de beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data base acima descrita, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário.

*COMUNICAÇÃO À ANS*

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

**XII - FAIXAS ETÁRIAS**

12.1. Este contrato não tem seus preços fixados por faixa etária, assim, não há alteração de valores das contraprestações em decorrência da idade dos beneficiários.

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

DA EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

*DO DEMITIDO*

13.1. O empregado que contribui para o plano, e que for demitido, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de beneficiário e de seus dependentes inscritos no plano, nas mesmas condições de cobertura deste instrumento, desde que mantenha também sua obrigação de pagamento integral do plano, correspondente ao somatório do que ele e o CONTRATANTE pagam, e estará sujeito aos reajustes adotados para as contraprestações pecuniárias, nos termos deste instrumento.

13.1.1. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item 13.1 será de um terço do tempo de contribuição para o plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte quatro meses.

13.1.2. O demitido deverá expressar seu desejo de manutenção no plano, por escrito, no prazo máximo de trinta dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

13.1.3. A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

*DO APOSENTADO*

13.2. O empregado que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano pelo prazo mínimo de dez anos, terá o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que efetue o pagamento integral do plano, cujo valor será o correspondente ao somatório do que ele e o CONTRATANTE pagam, e estará sujeito aos reajustes adotados para as contraprestações pecuniárias, nos termos deste instrumento.

Rua Costa Barros, 915, 12º andar – Centro – Fortaleza/CE – Fone: (85) 4009.5442  
www.malodonto-ce.com.br

*Francisco Antônio Távora Colares*  
Presidente da Associação



13.2.1. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no item 13.2 é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

13.2.2.. O aposentado deverá expressar seu desejo de manutenção no plano, por escrito, no prazo máximo de trinta dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

13.2.3. A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

#### *DAS CONDIÇÕES*

13.3. O titular que não contribuir financeiramente com o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício com o CONTRATANTE, não terá direito aos benefícios de demitido (item 13.1) ou aposentado (item 13.2).

13.3.1. Nos planos coletivos custeados integralmente pelo CONTRATANTE, não é considerada contribuição a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços odontológicos.

13.4. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários cobertos pelo plano, nos termos aqui dispostos.

13.5. A condição de beneficiário, assegurada nos itens 13.1. e 13.2., deixará de existir quando:

a) da admissão do beneficiário titular em outro emprego;

b) por exclusão em qualquer hipótese prevista neste contrato para os empregados ativos do CONTRATANTE e seus respectivos dependentes, ou ainda, pela impontualidade no pagamento das obrigações assumidas pelo beneficiário titular por período superior a 15 (quinze) dias, desde que previamente notificado.

13.6. O direito previsto nos itens 13.1. e 13.2 não exclui ou altera outros decorrentes de convenção coletiva de trabalho.

#### DA DISPONIBILIDADE DE PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR

13.7. No caso de cancelamento do benefício os beneficiários poderão celebrar contrato de plano individual/familiar com a UNIODONTO com aproveitamento do período de carência já cumprido (permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado).

13.7.1. Os beneficiários dos planos coletivos cancelados deverão fazer opção pelo plano individual/familiar da UNIODONTO no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento, assim, o CONTRATANTE empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento

do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção.

13.7.2. Poderá ingressar no plano todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

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

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

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

##### *DISPOSIÇÕES COMUNS*

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

14.1.1. A UNIODONTO só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, mediante comunicação escrita com antecedência de 30 (trinta) dias, nas seguintes hipóteses:

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

##### *EXCLUSÃO*

14.2. Será excluído do plano:

14.2.1. o beneficiário titular :

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

14.2.2. o beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) fraude apurada de acordo com a legislação vigente.

14.3. O pedido de exclusão será processado na mesma data acertada pelas partes para a inclusão de beneficiários, cessando a responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do plano no último dia do prazo de 20 (vinte) dias a partir da informação, correndo as despesas a partir daí por conta do excluído.

Rua Costa Barros, 915, 12º andar - Centro - Fortaleza/CE - Fone: (85) 4009.5442  
www.uniodonto-ce.com.br

  
Francisco Antônio Távora Colares  
Presidente da Assempeco

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

14.5. Se a exclusão do beneficiário, titular ou dependente, ocorrer antes de completados 12 (doze) meses de sua inclusão, o CONTRATANTE pagará multa equivalente a diferença entre o total dos gastos odontológicos efetuados com beneficiário e o montante arrecadado a título de mensalidades (ou seja, indenização = gastos - mensalidades), quando maior que zero.

14.5.1. Os valores dos gastos referidos na cláusula anterior serão apurados pela Tabela de Referência vigente.

14.5.2 A multa não será devida em caso de demissão, com ou sem justa causa, ou em caso de falecimento tanto do titular como de qualquer dependente, comunicada pelo CONTRATANTE, facultada à UNIODONTO solicitar comprovação.

#### *SUSPENSÃO*

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

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

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

#### **XV - RESCISÃO/SUSPENSÃO**

##### *SUSPENSÃO*

15.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias implicará, mediante comunicação escrita, na suspensão do contrato, ficando suspensas as autorizações e as execuções de tratamentos.

##### *RESCISÃO*

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

15.2.1. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 30(trinta) dias, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da UNIODONTO requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias;

- c) as exclusões de beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 20 (vinte) pessoa(s), ou ainda, nos 30 (trinta) primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- d) descumprimento das cláusulas e condições deste Contrato.

15.2.2. Se a rescisão, por uma das hipóteses do item anterior, ocorrer durante os 12 (doze) meses iniciais de vigência deste contrato, o CONTRATANTE se sujeitará ao pagamento de multa pecuniária de 20% (vinte por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado, sem prejuízo da apuração e ressarcimento dos danos na forma do *caput* desta cláusula.

#### *DENÚNCIA*

15.3. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

15.3.1. Após a vigência do período de 12 (doze) meses, o contrato poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

#### *DISPOSIÇÕES COMUNS*

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

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

### **XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS**

#### *DAS DEFINIÇÕES*

16.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

II - BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependente.

III - CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

IV- CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

Rua Costa Barros, 915, 12º andar - Centro - Fortaleza/CE - Fone: (85) 4009.5442  
www.uniodonto-ee.com.br

Francisco Antonio Tavora Colares  
Presidente da Assembleia

- V - COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.
- VI- COBERTURA PRÉ-PAGA: é a cobertura utilizada sem ônus adicional decorrente da contribuição fixa paga pelo CONTRATANTE.
- VII- COBERTURA POS-PAGA: é a cobertura de procedimentos odontológicos mediante seu pagamento integral, de acordo com os valores previstos na tabela de referência (anexo I).
- VIII- CONSULTA: é o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- IX- CONTRATANTE: a pessoa jurídica (qualificada na proposta de admissão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para benefício das pessoas a ela vinculadas.
- X - CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, denominada no contrato como UNIODONTO, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus cirurgiões-dentistas cooperados.
- XI - CONTRATO COLETIVO: é um contrato cujo CONTRATANTE é uma pessoa jurídica.
- XII - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou manebia; amigado; amasiado; companheiro.
- XIII - COOPERADO: é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho odontológico, existentes no Sistema Nacional UNIODONTO.
- XIV - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.
- XV- MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à UNIODONTO, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade; contraprestação.
- XVI - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.
- XVII - PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.
- XVIII - SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as UNIODONTOS, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.
- XIX - TABELA DE REFERÊNCIA OU REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, constante no Anexo I, aplicada a todos os atos odontológicos realizados em decorrência deste contrato.
- XX - UNIODONTO: é uma cooperativa de cirurgiões-dentistas, regida pelos artigos 1093 a 1096 do Código Civil e pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida pelos próprios odontólogos.

#### *DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES*

16.2. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores etc.

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

16.4. Considera-se fraude para efeito deste contrato:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários na utilização do objeto deste instrumento;
- b) utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- c) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIODONTO ou do resultado de perícias, exames ou auditorias, quando necessários;
- d) descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

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

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

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

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

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

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

16.8. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a cooperativa Uniodonto qualificada na proposta de adesão, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIODONTO.

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

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

Rua Costa Barros, 915, 12º andar – Centro – Fortaleza/CE – Fone: (85) 4009.5442  
[www.uniodonto-ce.com.br](http://www.uniodonto-ce.com.br)

Francisco Antônio Távora Colares  
Presidente da Associação

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

16.12. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual do Beneficiário, o Cartão de Identificação, a Tabela Referencial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e demais anexos firmados pelas partes.

16.13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

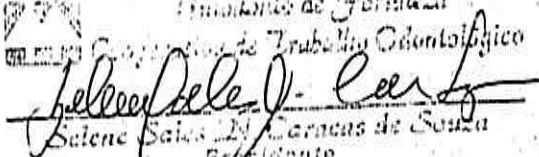
**XVII - ELEIÇÃO DE FORO**

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

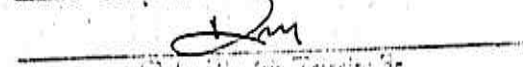
ASSEMBLEIA  
TEM CONVENIO

Fortaleza, 10 de Dezembro 2011:

  
Francisco Antônio Távora Colares  
Presidente da Assempeco

Uniodonto de Fortaleza  
Cooperativa de Trabalho Odontológico  
  
Selene Sales de Caracaus de Souza  
Presidente

**PRESIDENTE DA UNIODONTO  
CONTRATADA**

Uniodonto de Fortaleza  
Cooperativa de Trabalho Odontológico  
  
Pedro Paulo de Távora Jr.  
Vice-Presidente

**VICE PRESIDENTE DA UNIODONTO  
CONTRATADA**

**TESTEMUNHAS:**

1) Michelle A. de Souza Silva  
NOME:  
CPF: 010.743.044-46

2) \_\_\_\_\_  
NOME:  
CPF:

**ANEXO I  
TABELA DE REFERÊNCIA**

Produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 465.042/11-5.

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

Procedimento	SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 8:00 ÀS 18:00 HORAS	HORÁRIO NOTURNO E AOS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS
Colagem de Fragmentos Dentários	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Imobilização Dentária	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Redução de Luxação da Atm	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Tratamento de Abscesso Periodontal	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Tratamento de Alveolite	R\$ 52,00	R\$ 91,00
Tratamento de Odontalgia Aguda	R\$ 52,00	R\$ 91,00

**2) VALORES DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS EM PÓS-PAGAMENTO (cláusula 10.3)**

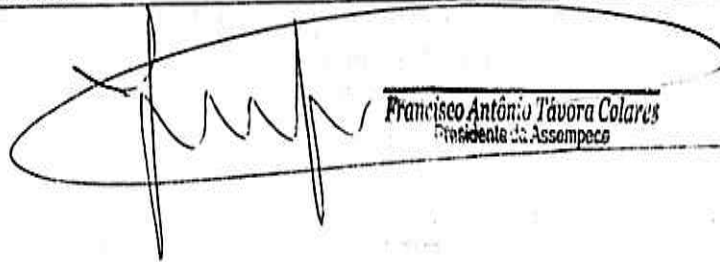
PROCEDIMENTO	VALOR
<b>CIRURGIA</b>	
Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila	R\$ 70,00
Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxila-Facial	R\$ 60,00
Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais	R\$ 70,00
Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial	R\$ 120,00
Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila	R\$ 120,00
Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução	R\$ 120,00

Rua Costa Barros, 915, 12º andar – Centro – Fortaleza/CE – Fone: (85) 4009.5442  
www.unlodonto-ce.com.br

Francisco Antônio Tavora Colares  
Presidente da Associação



<b>PRÓTESE</b>	
Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de RMF	R\$ 100,00
Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato	R\$ 100,00
Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária – Inclui a Peça Protética	R\$ 320,00
Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária – Inclui a Peça Protética	R\$ 250,00
Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado – Inclui a Peça Protética	R\$ 150,00
Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária – Inclui a Peça Protética	R\$ 250,00



**Francisco Antônio Távora Colares**  
 Presidente do Assempeco

