

## PROPOSTA DE ADESÃO

a) *qualificação da operadora:* **UNIODONTO SÃO CARLOS - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 54.912.241/0001-36 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 33.552-5, com sede na Rua XV de Novembro nº 2597, Centro, São Carlos, SP, neste ato por sua Presidente, Dra. Nívea Célia Bonadio Coelho, e seu Diretor de Operações, Dr. Marcelo Porciúncula, doravante denominada **UNIODONTO**.

b) *qualificação do contratante:* **SINDICATO DOS TRABALHADORES NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob nº 49.161.821/0001-07, com sede na Rodovia Washington Luiz Km 235, São Carlos, SP, neste ato por seus representantes, doravante denominada **CONTRATANTE**.

c) *nome comercial e nº de registro do plano na ANS:*  
Nome Comercial: **Pré-pagamento – Coletivo por Adesão - Plus**  
Registro de Produto ANS nº: **468.802/13-3**

d) *tipo de contratação:* **COLETIVO POR ADESÃO**

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

f) *área geográfica de abrangência do plano de saúde:* **Nacional**

g) *formação do preço:* **Pré-estabelecida.**

h) *Serviços e coberturas adicionais:* **São adicionalmente cobertos pelo plano os seguintes procedimentos:**

### **RADIOLOGIA**

- Radiografia Panorâmica com Traçado Cefalométrico

### **PERIODONTIA**

- Tunelização

### **ENDODONTIA**

- Clareamento de dente Desvitalizado

### **CIRURGIA**

- Tracionamento cirúrgico com finalidade Ortodôntico

### **PRÓTESE**

- Conserto em Prótese Parcial Removível (Em consultório e em Laboratório)

• Conserto em Prótese Parcial Removível (Exclusivamente em Consultório)
• Conserto em Prótese Total (Em Consultório e em Laboratório)
• Conserto em Prótese Total (Exclusivamente em Consultório)
<b>ORTODONTIA</b>
• Documentação Ortodôntica

*i) Preços:*

*Inscrição por beneficiário inscrito: R\$ 13,17*

*Mensalidade por beneficiário inscrito: R\$ 30,29*

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

*k) Valor de Emissão de 2ª Via de cartão de identificação: R\$ 7,20*

*l) 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\$ 30,20	R\$ 30,20
Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flêgmão da Região Buco-Maxilo-Facial	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Imobilização Dentária	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Redução de Luxação da Atm	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Tratamento de Abscesso Periodontal	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Tratamento de Alveolite	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Tratamento de Odontalgia Aguda	R\$ 30,20	R\$ 30,20

*i) Preços:*

*Inscrição por beneficiário inscrito: R\$ 12,00*

*Mensalidade por beneficiário inscrito: R\$ 23,77*

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

*k) Valor de Emissão de 2ª Via de cartão de identificação: R\$ 7,20*

*l) 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\$ 30,20	R\$ 30,20
Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Imobilização Dentária	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Redução de Luxação da Atm	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Tratamento de Abscesso Periodontal	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Tratamento de Alveolite	R\$ 30,20	R\$ 30,20
Tratamento de Odontalgia Aguda	R\$ 30,20	R\$ 30,20

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\*\***

São Carlos, 01 de junho de 2013.

**CONTRATANTE: SINDICATO DOS TRABALHADORES NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Sr. Sergio Ricardo Pinheiro Nunes  
Coordenador Geral – CPF: 178.756.138-09

**UNIODONTO SÃO CARLOS - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**  
Dra. Nívea Célia Bonadio Coelho  
Presidente

Dr. Marcelo Porciúncula  
Diretor de Operações

## **CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO**

Registro de Operadora ANS nº 33.552-5

Registro de Produto ANS nº 468.802/13-3

### **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, pelo sistema de pré-pagamento, ou seja, de custo financeiro pré-determinado (contraprestação), para garantir a execução dos atos odontológicos cobertos por este 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).

1.2.1. Também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas o CONTRATANTE mantém, de qualquer forma, suas obrigações, inclusive de pagamento integral da contraprestação.

### **II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**2.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.**

**2.1.1. São beneficiários titulares, para efeito deste contrato, os associados, os sindicalizados ou os cooperados inscritos pelo CONTRATANTE.**

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

- a) o cônjuge;
- b) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) os filhos;
- d) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- e) os netos e bisnetos;
- f) os irmãos;
- g) os pais, avós e bisavós;
- h) os tios e os sobrinhos;
- i) os sogros;
- j) os genros e as noras;
- k) os cunhados;

**l) os padrastos/madrastas.**

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

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

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

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

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

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

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

**III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

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

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

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

- Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

#### **DIAGNÓSTICO**

- Consulta Odontológica Inicial

#### **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
- 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
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos
- Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

#### **CIRURGIA**

- Alveoloplastia
- Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia com ou sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia/Bridotomia
- Cirurgia para Tórus/Exostose
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese ou Excisão de 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
- Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Redução de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila

- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia/Ulotomia

#### **- PRÓTESE**

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

**3.2. Os procedimentos cobertos se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.**

#### **IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

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

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) 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;
- 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:

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal	Prazo Contratado
Urgência/Emergência	24 horas	isenta
Diagnóstico	180 dias	isenta
Condicionamento	180 dias	isenta
Exames	180 dias	isenta
Radiologia	180 dias	isenta
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	isenta
Dentística	180 dias	isenta
Periodontia	180 dias	isenta
Endodontia	180 dias	isenta
Cirurgia	180 dias	isenta
Prótese	180 dias	isenta
Ortodontia	180 dias	isenta
Demais especialidades/procedimentos cobertos, inclusive por atualização do rol de procedimentos	180 dias	180 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. A carência não será exigida desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias contados da celebração do contrato coletivo.

6.3.1. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que estes tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante, após o transcurso do prazo definido nesta cláusula e a inclusão seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

6.3.2. Após o transcurso dos prazos definidos nesta cláusula, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência definidos neste instrumento.

## VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Não há cobertura parcial temporária ou agravo 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 proposta de adesão.

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

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

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

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

## IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### PROCEDIMENTOS

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

9.2. O cirurgião-dentista lavrará plano de tratamento dos atos odontológicos que deverá ser aprovado pela UNIODONTO antes de sua execução, exceto nos casos de

urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

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

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

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

#### *DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA*

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

#### *DA DIVULGAÇÃO DA REDE*

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

9.6.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço [http:// www.uniodontosaocarlos.com.br](http://www.uniodontosaocarlos.com.br) .

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

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

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

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

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

10.3. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

RUA XV DE NOVEMBRO -2597- CENTRO-CEP: 13560.241 – TEL: (16) 3362.6060  
Site: [uniodontosaocarlos.com.br](http://uniodontosaocarlos.com.br) – e-mail: [uniodontosaocarlos@terra.com.br](mailto:uniodontosaocarlos@terra.com.br)

- a) da inscrição, uma única vez, quando da inclusão de beneficiários, cobrada juntamente com mensalidade imediatamente vincenda;
- b) da mensalidade, a cada período mensal, na data de vencimento ajustada, relativa ao número de beneficiários inscritos no plano.

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

10.3.2. 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.

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

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

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

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

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

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

## **XI - REAJUSTE**

11.1. Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação Índice de Preços ao Consumido do Setor Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC-Saúde/FIPE), ou pelo índice que venha a substituí-lo.

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

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

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.

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

## **XII - FAIXAS ETÁRIAS**

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

## **XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**13.1. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar exclusão de beneficiários.**

13.1.1. 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 dias, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato.

13.2. Será excluído do plano:

13.2.1. o beneficiário titular :

- a) pela denúncia ou rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) por fraude apurada de acordo com a legislação vigente.

13.2.2. 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.

13.3. 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 10 dias a partir da

informação, correndo as despesas a partir daí por conta do excluído.

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

13.5. Se a exclusão do beneficiário, titular ou dependente, ocorrer antes de completados 12 (doze) meses de sua inclusão, o CONTRATANTE pagará multa pecuniária de 50 % (cinquenta por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado.

13.5.1. A multa não será devida em caso de falecimento tanto do titular como de qualquer dependente, comunicada pelo CONTRATANTE.

#### XIV - RESCISÃO/SUSPENSÃO

##### *SUSPENSÃO*

14.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 30 (trinta) dias implicará, mediante comunicação escrita, na suspensão do contrato, ficando suspensas as autorizações e as execuções de tratamentos.

##### *RESCISÃO*

14.2. 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.

14.2.1. 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 10 (dez) pessoa(s), ou ainda, nos 12 primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- d) descumprimento das cláusulas e condições deste Contrato.

14.2.2. Se a rescisão, por uma das hipóteses do item anterior, ocorrer durante os 12 meses iniciais de vigência deste contrato, o CONTRATANTE se sujeitará ao pagamento de multa pecuniária de 50 % (cinquenta 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*

14.3. Antes do término dos primeiros 12 meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra

parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, **sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50 % (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.**

**14.3.1. Após a vigência do período de 12 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*

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

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

### **XV - DISPOSIÇÕES GERAIS**

#### *DAS DEFINIÇÕES*

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

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

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

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

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

V – COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

VI- CONSULTA: é o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.

VII – CONTRATANTE: a pessoa jurídica (qualificada na proposta de admissão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para benefício das pessoas a ela vinculadas.

VIII – CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, denominada no contrato como UNIODONTO, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus cirurgiões-dentistas cooperados.

IX – CONTRATO COLETIVO: é um contrato cujo CONTRATANTE é uma pessoa jurídica.

X – CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigo; amasiado; companheiro.

XI – COOPERADO: é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho odontológico, existentes no Sistema Nacional UNIODONTO.

XII – INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

XIII- MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à UNIODONTO, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade; contraprestação.

XIV – PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

XV – PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

XVI – SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as UNIODONTOS, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

XVII – TABELA DE REFERÊNCIA OU REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde. Esta tabela está registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica Comarca de São Carlos/SP, sob o nº 00081926.

XVIII – UNIODONTO: é uma cooperativa de cirurgiões-dentistas, regida pelos artigos 1093 a 1096 do Código Civil e pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida pelos próprios odontólogos.

#### *DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES*

15.2. 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.

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

15.4. 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.

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

15.5. 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.

15.5.1. 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.

**15.6. 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.**

**15.6.1. 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.**

15.7. 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.

15.8. 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.

15.9. 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.**

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

15.11. 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.

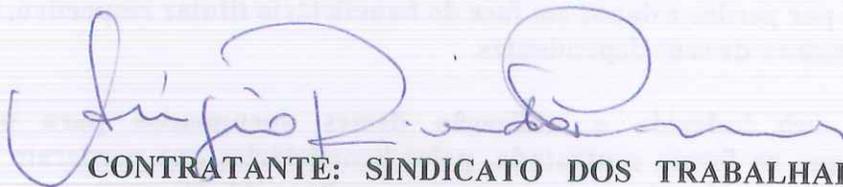
**15.12. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual do Beneficiário, o Cartão de Identificação, a Tabela Referencial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e demais anexos firmados pelas partes.**

15.13. 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.

## **XVI - ELEIÇÃO DE FORO**

16.1. 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.

São Carlos, 01 de junho de 2013.



**CONTRATANTE: SINDICATO DOS TRABALHADORES NA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Sr. Sergio Ricardo Pinheiro Nunes

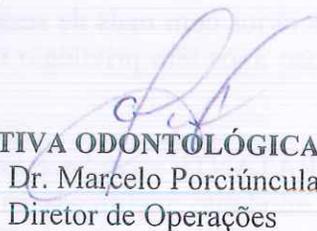
Coordenador Geral – CPF: 178.756.138-09



**UNIODONTO SÃO CARLOS - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

Dra. Nívea Célia Bonadio Coelho

Presidente



Dr. Marcelo Porciúncula

Diretor de Operações