

AO PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ – ESTADO DO CEARÁ

NÚMERO DE ATENDIMENTO: 2609056400100039301

CONSUMIDORA: ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO

RECLAMADA: UNIMED ODONTO S.A

CONTRATO Nº: 312606

UNIMED ODONTO S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 10.414.182/0001-09, registrada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 41.680-1, com endereço a Alameda Ministro rocha de Azevedo, nº346, Cerqueira Cesar, CEP 01410-000, SP, vem, respeitosamente, apresentar sua **RESPOSTA À RECLAMAÇÃO** formulada por **ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO**, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

I – SÍNTESE DA RECLAMAÇÃO

A consumidora relata que formalizou a contratação de plano odontológico empresarial em 20/08/2025 e sustenta que, antes da contratação, teria recebido orientação de representante da Reclamada no sentido de que o vínculo possuiria período de fidelidade de 12 (doze) meses e que, na hipótese de cancelamento anterior ao referido período, seria aplicada multa correspondente a 20% (vinte por cento) das parcelas restantes.

Afirma que, em 08/09/2026, solicitou o cancelamento do contrato e foi informada de que a rescisão não seria efetivada de forma imediata, em razão da necessidade de cumprimento de aviso prévio de 60 (sessenta) dias. Posteriormente, teria sido informada acerca da existência de período contratual mínimo de 24 (vinte e quatro) meses e da incidência de multa pelo cancelamento antecipado.

Diante disso, a consumidora pretende o cancelamento imediato do contrato, sem incidência de multa ou qualquer outro encargo, o afastamento do período contratual de 24 meses e, ainda, o cancelamento dos boletos em aberto.

Contudo, conforme se demonstrará, a documentação contratual não corrobora a alegação de que o contrato celebrado possuía período de permanência de apenas 12 meses ou multa de 20%, havendo, em sentido contrário, instrumento contratual regularmente formalizado e disposições expressas acerca da vigência, rescisão e aviso prévio.

II – DA REGULAR FORMALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

Inicialmente, cumpre esclarecer que a contratação do plano odontológico não ocorreu de maneira informal ou desprovida de documentação. A Proposta de Contratação foi formalizada eletronicamente, mediante ambiente seguro, com autenticação por login e senha e identificação individualizada da contratante.

Conforme consta da documentação, a contratação foi autenticada em 13/08/2025, constando expressamente o nome de Anne Clea Candido Martins Ribeiro, seu CPF, endereço eletrônico e o endereço IP utilizado para realização da assinatura eletrônica.

Portanto, há comprovação objetiva da manifestação de vontade da contratante e da formalização eletrônica da proposta, não se tratando de contratação realizada exclusivamente por conversa informal com representante comercial.

Além disso, as Condições Gerais integram o instrumento contratual e estabelecem de maneira objetiva as regras relativas à duração e ao encerramento do vínculo, razão pela qual as condições aplicáveis não podem ser analisadas apenas a partir da alegação de eventual informação verbal anterior, sobretudo quando não apresentada prova documental capaz de demonstrar a existência de oferta diversa daquela formalmente contratada.

III – DA AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA ALEGADA OFERTA DE FIDELIDADE DE 12 MESES E MULTA DE 20%

O principal fundamento apresentado pela consumidora consiste na afirmação de que uma representante da Reclamada teria informado, antes da contratação, que o período de fidelidade seria de 12 (doze) meses e que eventual cancelamento antecipado implicaria multa correspondente a 20% (vinte por cento) das parcelas restantes.

Todavia, não foi identificado qualquer elemento documental capaz de comprovar que a Unimed Odonto tenha ofertado à consumidora contratação nessas condições.

Embora a consumidora sustente que teria realizado questionamentos prévios acerca das regras de cancelamento e que teria recebido tais informações da representante, a existência dessa suposta condição específica necessita ser demonstrada para que possa prevalecer sobre as disposições constantes do contrato efetivamente formalizado.

A mera narrativa acerca de suposta orientação verbal não demonstra que tais condições tenham integrado a proposta efetivamente aceita e formalizada. Em sentido contrário, a Reclamada dispõe de documentação objetiva demonstrando a contratação eletrônica e as condições gerais aplicáveis ao vínculo.

Assim, inexistindo comprovação de que a Unimed Odonto tenha assegurado à contratante prazo de apenas 12 meses ou multa limitada a 20%, não há fundamento para afastar as disposições expressamente constantes do instrumento contratual.

IV – DA VIGÊNCIA CONTRATUAL DE 24 MESES

As Condições Gerais do Plano Odontológico Empresarial são expressas quanto à duração inicial do vínculo.

A Cláusula 5.1 estabelece que o prazo de vigência do contrato do Plano Odontológico é de **24 (vinte e quatro) meses**, com início a partir da data mencionada na proposta de contratação.

No caso concreto, a vigência teve início em 20/08/2025. A solicitação de cancelamento foi realizada em setembro de 2026, quando ainda não havia transcorrido integralmente o período inicial de 24 meses.

Não se trata, portanto, de criação posterior de período de permanência ou de alteração unilateral das condições da contratação. O prazo de vigência encontra-se expressamente previsto nas Condições Gerais que disciplinam o vínculo celebrado entre as partes.

A previsão contratual é objetiva e integra as condições às quais a contratante aderiu no momento da formalização da proposta, inexistindo alteração superveniente das regras inicialmente estabelecidas.

V – DO AVISO PRÉVIO DE 60 DIAS

Também não procede a alegação de irregularidade na exigência de aviso prévio para efetivação do cancelamento.

A Cláusula 14.1 estabelece que o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação da parte contrária com antecedência mínima de **60 (sessenta) dias**.

A mesma sistemática consta da cláusula referente à duração contratual, que prevê a renovação automática do contrato ao término da vigência, por prazo indeterminado, ressalvada manifestação formal em contrário mediante aviso prévio de 60 dias.

Desse modo, quando a contratante solicitou a rescisão, a Reclamada não recusou o pedido de cancelamento. Ao contrário, recebeu e processou a solicitação, observando o período de aviso prévio contratualmente previsto.

Considerando o recebimento da solicitação em 08/09/2026, o cancelamento foi programado para **06/11/2026**, permanecendo a cobertura assistencial ativa durante o período de aviso prévio.

Consequentemente, enquanto disponibilizada a cobertura contratada, permanecem devidas as contraprestações correspondentes ao período de manutenção do serviço.

VI – DO EFETIVO PROCESSAMENTO DO CANCELAMENTO

É importante destacar que **não houve negativa de cancelamento por parte da Reclamada**. A solicitação foi devidamente recebida e processada, tendo a consumidora sido informada acerca da data de encerramento do contrato.

Em comunicação encaminhada pela área de relacionamento, foi expressamente informado que o cancelamento seria efetivado em **06/11/2026**, bem como que, durante o período de aviso prévio, a cobertura assistencial permaneceria ativa.

Posteriormente, a Reclamada reiterou que o contrato já se encontrava com o fim de vigência programado, reafirmando a data de 06/11/2026.

Assim, não se está diante de situação em que a operadora tenha obrigado a consumidora a permanecer indefinidamente vinculada ao plano ou simplesmente recusado sua manifestação de vontade.

O pedido de rescisão foi acolhido, tendo sido observadas apenas as consequências contratuais decorrentes do momento em que solicitado o encerramento.

VII – DO ENCARGO DECORRENTE DA RESCISÃO ANTECIPADA

As Condições Gerais também disciplinam expressamente a hipótese de rescisão imotivada antes do término do prazo inicial de vigência.

A Cláusula 14.2 estabelece que, caso uma das partes manifeste intenção de rescindir imotivadamente o contrato antes de transcorrido o prazo de vigência previsto na Cláusula V, haverá incidência de encargo calculado sobre as mensalidades vincendas até o término da vigência inicialmente acordada.

Cumpra esclarecer uma particularidade documental relevante. As Condições Gerais preveem percentual de **50% (cinquenta por cento)** das mensalidades vincendas. Por outro lado, nas comunicações administrativas encaminhadas à consumidora, a área responsável informou a aplicação de percentual de **40% (quarenta por cento)**.

Nesse cenário, a Reclamada não pretende agravar a condição anteriormente informada à consumidora. Ao contrário, deverá ser preservada a condição mais favorável já comunicada administrativamente, sem prejuízo da conferência operacional dos valores pela área responsável.

Foi posteriormente informado à consumidora o valor de **R\$ 518,03** a título de encargo decorrente do cancelamento durante o período mínimo de permanência.

De todo modo, a existência de previsão contratual para consequências decorrentes da rescisão antecipada é objetiva, não sendo possível concluir que a cobrança tenha surgido apenas após o pedido de cancelamento.

VIII – DAS MENSALIDADES RELATIVAS AO PERÍODO DE AVISO PRÉVIO

Da mesma forma, não há fundamento para o cancelamento indiscriminado dos boletos referentes ao período em que o contrato permaneceu ativo.

Ao processar o pedido de cancelamento, a Reclamada informou que, durante os 60 dias de aviso prévio, a cobertura assistencial permaneceria disponível, razão pela qual permaneceriam devidas as mensalidades correspondentes às competências abrangidas por esse período.

A manutenção das mensalidades durante esse intervalo não constitui multa ou penalidade pelo exercício do direito de rescisão. Trata-se da contraprestação correspondente ao período durante o qual o vínculo contratual e a cobertura assistencial permaneceram ativos.

Não seria razoável manter à disposição da contratante e dos demais beneficiários as coberturas contratadas durante o período de processamento da rescisão e, simultaneamente, considerar inexistente a contraprestação correspondente.

Por esse motivo, inexistente fundamento para o pretendido cancelamento retroativo de todos os boletos em aberto, devendo ser observadas a efetiva vigência da cobertura e a data programada para encerramento do contrato.

IX – DA COMPROVAÇÃO DA DATA PROGRAMADA PARA ENCERRAMENTO

A regularidade do processamento do cancelamento também é demonstrada pela Declaração de Permanência emitida pela operadora.

O documento registra que a titular e os beneficiários vinculados permanecem com atendimento até **06/11/2026**, justamente a data indicada para o encerramento do vínculo após o cumprimento do aviso prévio.

Portanto, existe documentação objetiva demonstrando que o pedido de cancelamento **já foi acolhido e processado**, inexistindo resistência da Reclamada ao encerramento do vínculo.

O que se discute é exclusivamente a pretensão da consumidora de atribuir efeitos imediatos ou retroativos ao cancelamento e afastar obrigações contratuais incidentes durante período em que o vínculo e as respectivas coberturas permaneceram ativos.

X – DA DISPONIBILIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS PARA PORTABILIDADE

A Reclamada também providenciou documentação destinada à portabilidade de carências dos beneficiários, permitindo que estes possam avaliar a continuidade da assistência odontológica perante outra operadora, observadas as regras regulatórias aplicáveis.

A medida reforça que não existe intenção de criar obstáculo ao encerramento do vínculo ou impedir a consumidora e seus dependentes de migrarem para outra modalidade de assistência.

Ao contrário, além de processar o cancelamento, a Reclamada forneceu documentação relacionada à permanência e à portabilidade, adotando providências compatíveis com o encerramento regularmente solicitado.

XI – DA REGULARIDADE DA CONDUTA DA RECLAMADA

Diante do conjunto documental, verifica-se que a Reclamada atuou de acordo com as condições contratuais aplicáveis ao vínculo.

A contratação foi formalizada eletronicamente, mediante identificação da contratante; existe previsão expressa de vigência inicial de 24 meses; existe previsão de aviso prévio de 60 dias; existe disciplina contratual para a rescisão ocorrida antes do término da vigência; e, sobretudo, **o cancelamento solicitado pela consumidora foi efetivamente processado e possui data certa para encerramento.**

Por outro lado, não há comprovação documental de que tenha sido oferecido contrato com período de permanência de 12 meses e multa de apenas 20%.

Também merece destaque que, tratando-se de contratação coletiva empresarial, as regras relativas à duração, rescisão e demais condições do vínculo encontram-se disciplinadas no próprio instrumento contratual, cujas disposições devem ser consideradas na análise da regularidade da conduta adotada.

Não há, portanto, fundamento para reconhecer que a Reclamada tenha se recusado a cancelar o plano ou tenha imposto condições absolutamente estranhas ao instrumento contratual.

Ao contrário, o conjunto documental demonstra que o pedido foi processado, a data de encerramento foi estabelecida e comunicada, a cobertura foi mantida durante o período correspondente e foram disponibilizados os documentos necessários à continuidade assistencial por meio de eventual portabilidade.

XII – CONCLUSÃO E PEDIDOS

Diante de todo o exposto, a **UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A.** esclarece que recebeu e processou regularmente a solicitação de cancelamento do contrato nº 312606, encontrando-se seu encerramento programado para **06/11/2026**, em observância às condições contratuais aplicáveis.

A documentação demonstra que o contrato possui vigência inicial de **24 (vinte e quatro) meses**, bem como disciplina específica acerca da rescisão imotivada, do aviso prévio e das consequências decorrentes do encerramento antecipado, não tendo sido identificado elemento capaz de comprovar a alegação de que teria sido ofertado à consumidora período contratual de apenas 12 meses e multa de 20%.

Dessa forma, requer-se que sejam considerados satisfatoriamente prestados os esclarecimentos pela Reclamada e reconhecida a regularidade do processamento do cancelamento, afastando-se o pedido de cancelamento retroativo das mensalidades relativas ao período em que houve manutenção da cobertura assistencial.

Quanto ao encargo decorrente da rescisão antecipada, esclarece-se que sua apuração deverá observar as condições efetivamente aplicáveis ao contrato e, especialmente, **sem agravamento da condição mais favorável já comunicada administrativamente à consumidora**, ficando resguardada a conferência definitiva do cálculo pela área responsável.

Requer-se, ainda, que seja afastada a alegação de irregularidade fundada na suposta informação de permanência de 12 meses e multa de 20%, diante da ausência de comprovação de que tais condições tenham integrado a contratação formalizada entre as partes.

Por fim, requer-se o **encerramento e arquivamento da presente reclamação como atendida/não fundamentada**, considerando que o pedido de cancelamento foi regularmente processado e que as providências adotadas pela Reclamada encontram respaldo nas condições contratuais aplicáveis.

A Reclamada permanece à disposição deste órgão de proteção e defesa do consumidor para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.

INTIMAÇÃO EXCLUSIVA – ART. 272 DO CPC:

Requer-se, sob pena de nulidade, a intimação exclusiva conforme dados abaixo:

Advogado: Marcio Alexandre Malfatti

OAB/CE nº 29.005-A

E-mail: agendamento@pimentel.com.br

Endereço: Av. Paulista, nº 2444, Sala 153 – Bela Vista – São Paulo/SP

Ceará, 07 de outubro de 2026.



MÁRCIO ALEXANDRE MALFATTI

OAB/CE nº 29.005-A

À UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A.

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 – Cerqueira César – São Paulo – SP

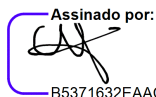
REF: Cancelamento de contrato

Prezados,

A Contratante Anne Cléa Cândido Martins Ribeiro,
pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 29735456000181,
neste ato representado de acordo com seus atos constitutivos, vem pela presente
carta requerer o cancelamento do contrato nº 312606, pelo motivo
Motivo Externo - Insatisfação com a Rede
a partir de 05/09/2026

Estou ciente de que a rescisão unilateral do contrato possui previsão descrita em
contrato, prevalecendo as regras lá vigentes, inclusive no que diz respeito ao prazo
para cancelamento do contrato e regras de atendimento e pagamento das
mensalidades.

Maracanau, 08 de Setembro de 2026.

Assinado por:


B5371632EAA4F2...

8/9/2026

Assinatura do responsável legal

Nome completo: Anne Cléa Cândido Martins Ribeiro

CPF: 03736380356

Telefone: 85991950559

E-mail: annecmartins.ribeiro@gmail.com



Condição Geral

EMPRESARIAL

Unimed Odonto



A Unimed Odonto é uma
empresa Seguros Unimed.



**CONDIÇÃO GERAL – CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO - COLETIVO EMPRESARIAL**

CONTRATAÇÃO: *Coletivo Empresarial*

SEGMENTAÇÃO: Odontológica

FORMAÇÃO DE PREÇO: Pré-estabelecido

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

OPERADORA:

UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A., com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346, 4º andar, Bairro Cerqueira Cesar na cidade de São Paulo – SP – CEP 01410-901, inscrita no CNPJ/MF Nº 10.414.182/0001-09, devidamente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o número 41.680-1, neste ato representado na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente denominada “OPERADORA”.

CONTRATANTE:

Pessoa Jurídica legalmente constituída ou empresário individual, comprovadamente regular, identificada na Proposta de contratação odontológica, parte integrante deste instrumento, que contrata Plano Odontológico Coletivo e se responsabiliza pelo pagamento das mensalidades, ficando investida dos poderes de representação do beneficiário perante a OPERADORA, nos termos da legislação em vigor.

As partes qualificadas resolvem ajustar o presente instrumento que se regerá pelas cláusulas estabelecidas neste Contrato.

SUMÁRIO

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	11
IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA	13
V – DURAÇÃO DO CONTRATO.....	14
VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	14
VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	16
VIII – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	19
IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	24
X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....	27
XI – REAJUSTE.....	29
XII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	32
XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS	35
XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO	36
XV – DISPOSIÇÕES GERAIS	39
XVI – ELEIÇÃO DE FORO	49
ANEXO I – UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEMBOLSO	50
ANEXO II - UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO	53
ANEXO III - ESSENCIAL RB	55
ANEXO IV - ESSENCIAL RB II	57
ANEXO V – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO	59
ANEXO VI – ESSENCIAL PLUS COP	62
ANEXO VII – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS COM REEMBOLSO E SEM COPAY	65
ANEXO VIII – ESSENCIAL PLUS COP RB.....	68
ANEXO IX – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REEMBOLSO SEM COPART	71
ANEXO X – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC C/ REEMBOLSO E S/ COPARTICIPAÇÃO	74
ANEXO XI – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEM	77
ANEXO XII – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO	80
ANEXO XIII – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO COM REEMBOLSO E SEM COPART.....	83
ANEXO XIV – UNIMED ODONTO PLENO SEM COPARTICIPAÇÃO E SE REEMBOLSO.....	86
ANEXO XV – UNIMED ODONTO PLENO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO.....	90
ANEXO XVI – UNIMED ODONTO PLENO COM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO	95
ANEXO XVII – PLENO PLUS SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO.....	99
ANEXO XVIII – UNIMED ODONTO PLENO PLUS COM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO	103
ANEXO XIX – PLENO PLUS DOC	107
ANEXO XX – UNIMED ODONTO PLENO TOP SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO	111
ANEXO XXI – PLENO TOP COP	116
ANEXO XXII – UNIMED ODONTO PLENO TOP COM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO	122
ANEXO XXIII – PLENO TOP COP RB.....	127
ANEXO XXIV – PLENO PLUS ESTÉTICO RB EMP	133
ANEXO XXV – UNIMED ALINHADOR FR EMP	137
ANEXO XXVI – SERVIÇO E COBERTURA ADICIONAL - ATENDIMENTO DOMICILIAR DE URGÊNCIA	141
TERMO I – BENEFÍCIO TELEORIENTAÇÃO MÉDICA 24H.....	144

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. Este Plano Odontológico tem por objetivo garantir aos Beneficiários incluídos no Contrato, o pagamento diretamente ao prestador dos serviços (Rede Credenciada) pela OPERADORA dos custos assistenciais odontológicos na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, previstos no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando exclusivamente a Assistência para segmentação Odontológica, com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, observadas as coberturas, os limites e as exclusões contratuais.

1.2. Trata-se de Contrato Coletivo Empresarial, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor e da legislação em vigor, incluindo a regulamentação publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e à época vigente.

1.3. Em atendimento ao quanto disposto na Instrução Normativa ANS nº 28/2022, as características individualizadas dos planos em comercialização pela OPERADORA constarão dos Anexos, parte integrante e indissociável do presente Contrato e que contemplam os respectivos nomes comerciais e números de registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar, área geográfica de abrangência, área de atuação, coberturas e exclusões de coberturas, mecanismos de regulação e livre escolha de prestadores.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. LEGITIMIDADE DA CONTRATANTE, ACEITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E MOVIMENTAÇÃO

2.1.1. Este contrato destina-se ao grupo delimitado e vinculado à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, incluindo ou não o grupo familiar do Beneficiário Titular, sendo o contrato celebrado por intermédio da CONTRATANTE e com cobrança da contraprestação pecuniária, também sob a responsabilidade da CONTRATANTE. A vinculação exigida entre o Beneficiário Titular e a CONTRATANTE, também abrangerá:

- a) Os sócios e/ou os administradores da empresa CONTRATANTE;**
- b) Os agentes políticos;**
- c) Os trabalhadores temporários;**
- d) Os estagiários e menores aprendizes;**
- e) Os inativos que tenham sido vinculados anteriormente à CONTRATANTE, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como a**

Resolução Normativa nº 488, de 29 de março de 2022, da ANS, e publicações posteriores.

2.1.2. A CONTRATANTE inscreverá o Beneficiário Titular no plano indicado no momento da inclusão, **não sendo permitida a escolha de plano diferente para beneficiários de um mesmo grupo familiar.**

2.1.3. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Beneficiário Titular no plano.

2.1.3.1. Para o grupo inicial a vigência respeitará o disposto neste Contrato.

2.1.4. A OPERADORA poderá exigir, a qualquer tempo, documentos oficiais que comprovem a legitimidade da Pessoa Jurídica ou Empresário Individual CONTRATANTE, assim como documentos que comprovem o vínculo – entre o Beneficiário Titular e a CONTRATANTE, neste caso, aqueles que comprovem o vínculo empregatício ou estatutário formal, societário ou que corresponda a qualquer uma das formas de abrangência descritas nas alíneas do subitem 2.1.1 acima, ou, ainda, a relação de dependência entre o Beneficiário Titular, seus Dependentes e Agregados, quando inscritos.

2.1.4.1. Para contratos celebrados com empresários individuais declara-se o CONTRATANTE ciente e concorde de que deverá apresentar no ato da contratação e anualmente no mês de aniversário do contrato a documentação elencada na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes faz parte integrante e indissociável do presente Contrato, sob pena de cancelamento do Contrato, nos termos da legislação e regulamentação vigentes e disposições constantes no presente instrumento.

2.1.5. PARA GRUPO COM MENOS DE 30 (TRINTA) VIDAS E/OU PEDIDOS DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DECORRIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO OU DA VINCULAÇÃO DO BENEFICIÁRIO À CONTRATANTE:

2.1.5.1. Nos contratos com número de Beneficiários menor do que 30 (trinta) serão exigidas a aplicação de carências, conforme as condições, prazos e demais aspectos previstos neste instrumento, em especial daquelas constantes da Cláusula VI - Períodos de Carência.

2.1.6. PARA GRUPO COM 30 (TRINTA) VIDAS OU MAIS:

2.1.6.1. Nos contratos com número de Beneficiários maior ou igual do que 30 (trinta), não poderá ser exigida, pela OPERADORA, a aplicação de carências, desde que o Beneficiário formalize, por pedido expresso à OPERADORA, o ingresso no Contrato em até 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou da sua vinculação a CONTRATANTE.

2.1.6.2. Após esse prazo, os pedidos de inclusão de novos Beneficiários poderão ser aceitos, a critério exclusivo da OPERADORA, **ficando estes Beneficiários sujeitos ao cumprimento dos prazos de carências mencionados na Cláusula VI - Períodos de Carência.**

2.1.7. BENEFICIÁRIOS TITULARES

2.1.7.1. Poderão ser aceitos neste Plano Odontológico, como Beneficiários Titulares, os Beneficiários que mantenham vínculo com a CONTRATANTE na forma dos incisos do subitem 2.1.1 acima, ao tempo da assinatura da solicitação de inclusão neste Contrato.

2.1.7.2. Para inclusão de Beneficiário Titular, após o início de vigência do contrato, **será necessário o envio de documento que comprove a data de sua vinculação à CONTRATANTE.**

2.1.8. BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

2.1.8.1. Poderão ser aceitos como Beneficiários Dependentes, **desde que cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular:**

- a) O cônjuge;
- b) O(a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) O(s) filho(s) natural(is), adotivo(s), enteado(s) e/ou menor(es) tutelado(s);
- d) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;
- e) O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz.

2.1.8.2. O parentesco para dependentes é considerado em relação ao Beneficiário Titular.

2.1.8.3. Para inclusão de dependentes, após a data de inclusão do Beneficiário Titular, será necessário o envio à OPERADORA, juntamente com a solicitação de inclusão, do documento que prove a aquisição da condição de dependência, tais como Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento, além de outros documentos oficialmente reconhecidos e que comprovem a relação de dependência.

2.1.8.4. O(A) filho(a) natural ou adotivo(a) do Beneficiário terá sua inclusão assegurada, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, observado, no que couber, os demais termos constantes neste Contrato.

2.1.8.5. Para a inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

2.1.9. AGREGADOS

2.1.9.1. A critério exclusivo da OPERADORA poderão ser aceitos como Beneficiários Agregados, conforme negociação entre as partes e mediante aceitação da OPERADORA, desde que cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular, o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e segundo grau de parentesco por afinidade.

2.1.9.1.1. Para inclusão do agregado, obrigatoriamente, deverão ser cumpridos os seguintes requisitos:

- a) O parentesco seja considerado em relação ao Beneficiário Titular;
- b) O plano para os Agregados seja o mesmo do Beneficiário Titular.

2.1.10. INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

2.1.10.1. Após o início de vigência do Contrato poderão ser incluídos, nas mesmas condições contratadas, novos Beneficiários (titulares, dependentes e/ou agregados) mediante o cumprimento das carências contratuais, observadas as hipóteses de exceção descritas no presente instrumento.

2.1.10.2. Para as inclusões posteriores ao início de vigência, a inclusão do Beneficiário se dará mediante a Proposta de Inclusão/Adesão, onde o início de vigência individual do Beneficiário será de acordo com a data de recebimento pela OPERADORA do pedido de inclusão, **desde que satisfeitas as condições de aceitação previstas neste Contrato.**

2.1.10.3. As movimentações cadastrais deverão respeitar a data limite de movimentação prevista no item 10.4.1.

2.1.10.3.1. Quando as datas previstas nos itens acima coincidirem com final de semana ou feriado, as inclusões deverão ser antecipadas pela CONTRATANTE até o dia útil imediatamente anterior.

2.1.10.4. Na hipótese de solicitações pela CONTRATANTE de inclusões de Beneficiários para vigência imediata e diversa da regra prevista no item 2.1.10.3 acima, declara-se a CONTRATANTE ciente e concorde de que o valor das contraprestações pecuniárias

corresponderá ao valor integral para o mês de competência da inclusão, não incorrendo a possibilidade de cobrança *pro rata die*.

2.1.10.5. A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas a OPERADORA, sobretudo no que diz respeito aos Beneficiários a serem incluídos.

2.1.10.6. A CONTRATANTE, mediante informação recebida do Beneficiário Titular, e deste por seus Dependentes e Agregados, quando houver, deverá notificar a OPERADORA sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexistência dessa informação, sobretudo para que esta cumpra obrigações com o órgão regulador.

2.1.10.6.1. A CONTRATANTE poderá ser responsabilizada caso não encaminhe as informações de beneficiários e caso a falta dessas informações crie prejuízo regulatório e/ou pecuniário para a OPERADORA.

2.1.10.7. A CONTRATANTE autoriza a OPERADORA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos Órgãos de Fiscalização de Assistência à Saúde ou pelos Órgãos Públicos de Saúde.

2.1.10.8. Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos na OPERADORA.

2.1.11. EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

2.1.11.1. As exclusões serão comunicadas pela CONTRATANTE, a qualquer tempo, sendo que o término de vigência das coberturas dos Beneficiários será o último dia do mês do recebimento do aviso na OPERADORA.

2.1.11.2. Sempre que a CONTRATANTE solicitar a exclusão de Beneficiários deverá enviar a OPERADORA, por escrito, quando do comunicado de exclusão do Beneficiário Titular, as seguintes informações através de documentação acompanhada de assinatura do respectivo Beneficiário Titular:

- a) Se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;**
- b) Se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 488/22, da ANS;**

- c) Se o Beneficiário contribuía para o pagamento da contraprestação do plano odontológico;
- d) Por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do plano odontológico.

2.1.11.2.1. Na hipótese do item 2.1.11.2 acima, sempre que a solicitação de exclusão de Beneficiário Titular não vier acompanhada das informações suscitadas, a OPERADORA não acatará a solicitação da CONTRATANTE até a regularização das informações, sem prejuízo da cobrança das contraprestações pecuniárias mensais.

2.1.11.3. Além das informações acima elencadas a CONTRATANTE também deverá enviar à OPERADORA, quando do comunicado de exclusão do Beneficiário, os seguintes documentos:

- a) Documento assinado pelo Beneficiário ou que comprove inequivocamente que houve a comunicação nesse sentido que evidencie que o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa optou por exercer o direito na manutenção como beneficiário no plano privado de assistência à saúde ou se optou por não se manter nesta condição;
- b) Baixa na carteira profissional, rescisão contratual, no caso de relação empregatícia, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, demitidos ou aposentados;
- c) Última alteração do Contrato Social, no caso de sócios que se retirem da sociedade ou mesmo para o administrador nomeado;
- d) Ata de Assembleia, no caso da saída de dirigente de empresa S/A;
- e) Cópia do Contrato Social, no caso de exclusão dos sócios e administradores;
- f) Documentação que comprove a destituição do cargo, no caso de agentes políticos;
- g) Outros documentos que se façam necessários, conforme solicitação da OPERADORA, quando a solicitação de exclusão for de iniciativa do Beneficiário Titular.

2.1.11.4. A exclusão do Beneficiário só será aceita pela OPERADORA mediante o envio das informações e documentos citados nos subitens 2.1.11.2 e 2.1.11.3 acima.

2.1.11.5. A ausência da comunicação inequívoca por parte da CONTRATANTE, bem como a ausência de sua comprovação, acarretará para esta:

- a) O pagamento do valor da contraprestação pecuniária até a apresentação da comunicação em questão; e
- b) O ressarcimento de eventuais prejuízos, bem como das perdas e danos que a OPERADORA venha a sofrer, especialmente, mas não somente, as decorrentes de

multas aplicadas pela ANS, pelo descumprimento do quanto disposto no artigo 12 da Resolução Normativa ANS nº 488/22.

2.1.11.6. Para dar cumprimento ao quanto disposto nos subitens 2.1.11.2 e 2.1.11.3 a CONTRATANTE deverá observar os prazos e condições de movimentação a serem cumpridos, na forma estabelecida neste instrumento.

2.1.11.7. O Beneficiário perderá a condição de Titular, sendo excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto o seu vínculo com a CONTRATANTE.

2.1.11.8. A exclusão do Beneficiário ocorrida por fraude não o desobriga do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa a OPERADORA.

2.1.11.9. As exclusões de Beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito, meio magnético ou outra forma a ser convencionada pelas partes, mediante o envio dos documentos e informações descritos nos subitens 2.1.11.2 e 2.1.11.3 acima, e serão efetivadas quando inequivocamente recepcionadas pela OPERADORA, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

2.1.11.10. a exclusão do plano poderá ser solicitada a qualquer tempo pelo beneficiário, salvo na hipótese da perda do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE. Neste caso, a exclusão do Beneficiário Titular também cancelará a inscrição dos seus respectivos dependentes ou agregados, quando houver.

2.1.11.11. Quando a solicitação de exclusão do Plano Odontológico ocorrer a pedido do Beneficiário Titular para a CONTRATANTE cessarão as garantias das coberturas previstas no contrato e a exclusão do plano terá efeito imediato a partir da data e hora da ciência pela OPERADORA, ressalvado que todos e quaisquer eventos ocorridos após a solicitação da exclusão não terão cobertura, de modo que eventuais despesas de utilização ocorrerão às expensas do Beneficiário Titular.

2.1.11.11.1. A solicitação de exclusão do Beneficiário Titular, Dependentes e/ou Agregados poderá ser requerida pelo Beneficiário Titular diretamente para a OPERADORA, presencialmente nos escritórios regionais ou em sua sede, através dos seus canais de atendimento telefônico ou eletronicamente através de seu portal na internet, conforme informações divulgadas no site www.unimedodonto.com.br, mediante apresentação de documento que comprove que o Beneficiário Titular veio a solicitar a exclusão para a CONTRATANTE com no mínimo 30 (trinta) dias anteriores a solicitação formulada diretamente para a OPERADORA, ocasião em que o efeito da exclusão será imediato.

2.1.11.11.2. Eventos ocorridos após a solicitação da exclusão não terão cobertura, de modo que eventuais despesas de utilização ocorrerão às expensas do Beneficiário Titular, sem prejuízo do disposto no item 14.2 do presente Contrato.

2.1.11.12. A OPERADORA efetuará o acerto da contraprestação mensal do plano a débito ou a crédito proporcional ao número de dias de cobertura assistencial transcorridos no mês de competência da solicitação da exclusão do plano odontológico.

2.1.12. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

2.1.12.1. A partir da aceitação e inclusão dos Beneficiários, a OPERADORA disponibilizará o Cartão Individual de Identificação (carteirinha), de forma digital, o qual consignará o Plano Odontológico contratado e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade com foto legalmente reconhecido (a exceção para os Beneficiários com menos de dezoito anos de idade), assegurará o acesso do Beneficiário aos serviços credenciados.

2.1.12.2. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação (carteirinha) que ainda seja físico (impresso), o beneficiário poderá acessar o cartão de forma digital em nosso aplicativo ou no portal da OPERADORA na internet (www.unimedodonto.com.br). Caso seja solicitada, a emissão da segunda via de forma física, a CONTRADA poderá cobrar pelo fornecimento, conforme valores constantes na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes faz parte integrante e indissociável do presente Contrato.

2.1.12.3. O Cartão Individual de Identificação (carteirinha digital), será disponibilizado na área restrita do cliente no portal da OPERADORA, na internet (www.unimedodonto.com.br) ou no Aplicativo da Unimed Odonto, o qual poderá ser impresso pelo beneficiário, de modo a assegurar o seu acesso aos serviços odontológicos credenciados mediante a apresentação, em conjunto, com um documento de identidade com foto legalmente reconhecido (a exceção para os Beneficiários com menos de dezoito anos de idade).

2.1.12.4. A OPERADORA disponibilizará aos Beneficiários os manuais informativos referentes às coberturas garantidas neste Plano Odontológico, conforme contratado, através do seu portal na internet (www.unimedodonto.com.br).

III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. O presente Plano Odontológico garante o pagamento junto ao prestador de serviços (Rede Credenciada), exclusivamente das despesas com assistência odontológica cobertas de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de

Saúde Suplementar – ANS e vigente à época do evento, em todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), efetuadas pelos Beneficiários nos tratamentos que incluem:

- a) A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológica, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;
- b) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

3.2. Coberturas Adicionais

3.2.1. As eventuais coberturas adicionais são definidas de acordo com o Plano Odontológico contratado e, estarão dispostas, quando previstas, na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes contratantes será parte integrante e indissociável do presente Contrato.

3.3. Limitações:

- a) Estarão cobertos os honorários dos cirurgiões-dentistas, de acordo com as coberturas expressas neste Contrato;
- b) Consideram-se como despesas cobertas os procedimentos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente à época do evento e realizados por profissionais legalmente habilitados pelos conselhos regionais competentes, desde que em consonância com as coberturas previstas neste instrumento, além da proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes contratantes será parte integrante e indissociável do presente Contrato;
- c) **A OPERADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Beneficiário com o cirurgião-dentista ou hospitais, clínicas ou outras entidades, mesmo quando credenciados por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do Beneficiário.**

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. As despesas que excederem aos limites de cobertura do Plano Odontológico contratado ou que não se relacionem com o tratamento odontológico previsto no Contrato, correrão, sempre, por conta do Beneficiário, que as pagará diretamente ao prestador do atendimento.

4.2. Salvo disposição expressa em contrário, estão excluídas das coberturas deste Plano Odontológico as despesas decorrentes de:

- a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo Plano Odontológico contratado, conforme previsto na Cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, nas Coberturas Adicionais constantes no Anexo (quando previstas), e eventos não previstos no Rol de Procedimentos referente à segmentação odontológica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento;
- b) Despesas que forem realizadas pelo Beneficiário anteriormente ao início da vigência do Plano Odontológico ou durante o prazo de aquisição do direito à cobertura (carência), assim como aquelas despendidas durante a suspensão de cobertura, conforme previsto na Cláusula XIV. RESCISÃO/SUSPENSÃO;
- c) Despesas hospitalares de internação clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente à época do evento, passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- d) Procedimentos odontológicos não prescritos ou solicitados pelo cirurgião-dentista ou sem que o Beneficiário apresente doença ou sintoma;
- e) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto os previstos contratualmente;
- g) Tratamentos para fins de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- h) Fornecimento de medicamentos importados e não nacionalizados, além de todos e quaisquer medicamentos para tratamento domiciliar, próteses, órteses e seus acessórios quando não ligados ao ato cirúrgico;
- i) Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) Consultas domiciliares.

V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. As partes contratantes convencionam que o prazo de vigência do presente Contrato do Plano Odontológico será de **24 (vinte e quatro) meses** e seu início se dará a partir da data mencionada na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes faz parte integrante e indissociável do presente Contrato.

5.1.1. O Contrato do Plano Odontológico será renovado automaticamente ao término de vigência, por prazo indeterminado, salvo se ocorrer manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio **de 60 (sessenta) dias antes da data do vencimento**.

5.2. Salvo a aplicação dos reajustes da contraprestação pecuniária prevista neste instrumento, a renovação automática do contrato não implicará a cobrança de qualquer taxa adicional.

VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Os prazos de carência deste Plano Odontológico serão definidos neste Contrato, onde serão respeitados os limites impostos pela legislação e regulamentação vigentes.

6.2. Para o grupo inicial ou posterior com número de Beneficiários **igual ou superior a 30 (trinta)** não haverá exigência do cumprimento de prazos de carência, desde que o(s) Beneficiário(s) ingresse(m) no Contrato em até 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou da sua vinculação a CONTRATANTE ou início da relação de dependência dos Beneficiários Dependentes/ Agregados com o Beneficiário Titular.

6.3. O grupo inicial ou posterior, com número de Beneficiários **inferior a 30 (trinta)**, cumprirá os seguintes prazos de carências, contados a partir do início de vigência do Plano Odontológico:

PROCEDIMENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA
Urgência/Emergência	24 hs
Diagnóstico	24 hs
Prevenção	24 hs
Radiologia	24 hs
Dentística	24 hs
Cirurgia	24 hs
Periodontia	24 hs
Endodontia	24 hs
Próteses (conforme Rol de Procedimentos vigente)	180 dias
Ortodontia	180 dias
Implante e Clareamento	180 dias
Demais procedimentos (extra-Rol)	180 dias

6.4. Nos Contratos com número de Beneficiários inferior, igual ou superior a 30 (trinta), os Beneficiários inscritos após o prazo de 30 (trinta) dias contados da vinculação destes à CONTRATANTE e/ou do início da relação de dependência dos Beneficiários Dependentes/ Agregados com o Beneficiário Titular, poderão, ainda, ser aceitos desde que cumpram os seguintes prazos de carência:

PROCEDIMENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA
Urgência/Emergência	24 hs
Diagnóstico	24 hs
Prevenção	60 dias
Radiologia	60 dias
Dentística	60 dias
Cirurgia	60 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	90 dias
Próteses (conforme Rol de Procedimentos vigente)	180 dias
Ortodontia	180 dias
Implante e Clareamento	180 dias
Demais procedimentos (extra-Rol)	180 dias

6.5. As carências, quando devidas, serão cumpridas conforme especificado nas tabelas constantes nos itens 6.3 e 6.4.

6.6. A CONTRATANTE poderá solicitar à OPERADORA a alteração do plano odontológico para um Plano superior ao inicialmente contratado, exclusivamente no aniversário do Contrato ou nos casos de mudança de categoria profissional.

6.6.1. No caso de alteração de plano mencionada no item 6.6 acima, independentemente dos prazos de carências anteriormente estabelecidos e cumpridos, serão aplicados para as diferenças de múltiplos de reembolso, rede credenciada e coberturas, o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias.

6.6.2. Quando o Beneficiário estiver em carência, as urgências/emergências estarão cobertas, conforme procedimentos descritos neste Contrato.

6.7. Quando contratada a opção de ingresso para Agregados serão aplicadas as mesmas regras contratuais de carências, desde que o início de vigência seja igual ao do Beneficiário Titular. Para ingresso com vigência posterior ao do Beneficiário Titular haverá aplicação de carência total, conforme definido neste Contrato.

6.8. A CONTRATANTE poderá solicitar à OPERADORA a alteração do plano odontológico para um plano inferior ao inicialmente contratado, sob condição de nos últimos 12 (doze) meses não ter sido realizado nenhum procedimento que não esteja coberto pela nova opção de plano.

6.9. A solicitação de alteração do plano vigente para outro superior ou inferior, somente poderá ocorrer por solicitação do Beneficiário Titular e será obrigatoriamente estendida a seus Dependentes.

VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

7.1. Os Beneficiários terão cobertura para os atendimentos de urgência, respeitando-se os prazos da Cláusula VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA.

7.2. Classificam-se como procedimentos de urgência e emergência, de cobertura obrigatória por parte da OPERADORA:

- a)** Consulta odontológica de urgência 24 horas;
- b)** Controle de hemorragia com/sem aplicação de agentes hemostáticos em região buco-maxilo-facial;
- c)** Incisão e drenagem extra ou intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- d)** Redução simples de luxação de ATM;
- e)** Reimplante dentário com contenção;
- f)** Tratamento de alveolite;
- g)** Colagem de fragmentos dentários;
- h)** Pulpectomia;
- i)** Tratamento de abscesso periodontal agudo;
- j)** Tratamento de pericoronarite;
- k)** Recimentação de trabalhos protéticos;
- l)** Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial.

7.3. Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente à época do evento, definir como de urgência/emergência, relacionado à Segmentação Odontológica.

7.4. Exclusivamente nos casos de urgência e emergência, devidamente comprovados em que não haja disponibilidade de Rede de Prestadores Credenciados e desde que a OPERADORA seja previa e comprovadamente acionada pelos Beneficiários, fica assegurado o reembolso conforme estabelecido na regulamentação vigente, ressalvado que nos planos

que prevejam a livre escolha de prestadores o reembolso será realizado de acordo com as referências e limites constantes da Tabela da OPERADORA.

7.4.1. Nos casos de atendimento de urgência e emergência, o Beneficiário que se utilizar de recurso não credenciado deverá efetuar o pagamento diretamente ao prestador de serviços e solicitar, posteriormente, o reembolso à OPERADORA.

7.4.2. O pagamento do reembolso será realizado de acordo com a Tabela da OPERADORA para todos os planos que prevejam a livre escolha de prestadores, dentro das condições previstas no presente instrumento, onde o valor reembolsado, se devido, não será inferior ao praticado pela OPERADORA junto à rede credenciada.

7.5. Respeitadas as condições do Contrato, o reembolso, quando cabível, para os casos de atendimento de urgência e emergência fora da Rede Credenciada da OPERADORA dependerá da apresentação dos seguintes documentos, sempre em originais (exceto prontuário odontológico), além daqueles documentos previstos na regulamentação vigente para garantia de cobertura dos eventos/procedimentos quando aplicável Diretriz de Utilização - DUT:

Relatório Odontológico contendo:	NF ou Recibo contendo:
Nome do paciente (Beneficiário atendido);	Nome do paciente (Beneficiário atendido);
Data do atendimento;	Data;
Detalhamento da equipe e do tipo de atendimento/especialidade com o valor cobrado, no caso de honorários;	Descrição do tipo de atendimento/especialidade;
Nome de cada procedimento realizado e ou serviços auxiliares, com o respectivo valor unitário e região;	Valor total cobrado;
Nome do profissional;	Nome do profissional executante;
CPF ou CNPJ;	CPF ou CNPJ;
CRO/UF;	CRO/UF;
Carimbo;	Endereço completo;
Endereço completo;	Carimbo;
Assinatura.	Assinatura.

7.6. Estando caracterizada a cobertura, a OPERADORA efetuará o devido reembolso ao Beneficiário no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da documentação correta e completa na OPERADORA, sob protocolo.

7.7. Observadas as disposições da legislação e regulamentação vigentes, os eventos e os demais procedimentos cobertos pelo Plano Odontológico através da livre escolha de prestadores, desde que caracterizados como de urgência e emergência e não previstos na Tabela da OPERADORA, serão reembolsados em valor integral e não superior ao efetivamente pago pelo Beneficiário, segundo o plano no qual esteja incluído o Beneficiário.

7.8. Para os planos que não contemplam a livre escolha prevista no item VIII, destas Condições Gerais, o valor do reembolso das despesas em nenhuma hipótese será superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário ao profissional ou instituição, ressalvado que em planos com mecanismos de regulação financeira (coparticipação), será o respectivo valor descontado do valor a ser reembolsado.

7.8.1. Em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da Rede Referenciada, o valor do reembolso não poderá ser inferior aos preços dos serviços odontológicos praticados junto a Rede Credenciada da OPERADORA.

7.9. O reembolso das despesas cobertas por este Plano Odontológico será efetuado diretamente em conta corrente de titularidade vinculada ao Cadastro de Pessoa Física/MF do Beneficiário Titular ou Beneficiário Dependente/Agregado, sendo certo que na hipótese de inexistência de conta corrente o reembolso será efetuado por meio de ordem de pagamento a ser emitida em favor do Beneficiário atendido.

7.10. A fim de dirimir eventuais dúvidas quanto a quaisquer eventos objeto de reembolso, a OPERADORA poderá, a seu critério, solicitar laudos de exames realizados anteriormente, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório do cirurgião-dentista completo e outros documentos que julgar necessários, ficando o processo de reembolso, nesse caso, sujeito à análise dos resultados dos referidos exames ou laudos, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido no item 7.6 deste Contrato.

7.11. A OPERADORA, independentemente da adoção das medidas legalmente aplicáveis contra o responsável por danos que lhe forem causados, não efetuará qualquer reembolso ou pagamento com base neste Plano Odontológico, caso haja, por parte da CONTRATANTE ou dos Beneficiários:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações fornecidas na proposta que tenham influído na aceitação do Plano Odontológico ou em qualquer pagamento previsto neste Contrato;**
- b) Fraude, tentativa de fraude ou dolo;**
- c) Inobservância das obrigações contratuais;**

- d) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da OPERADORA na elucidação do evento ou das respectivas despesas;
- e) Prática de atos ilícitos ou contrários à lei.

7.12. O Beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano, a contar do efetivo desembolso, para solicitar o reembolso previsto na presente cláusula, sob pena de perda do seu direito.

7.13. REFERENCIAL PARA REEMBOLSO DAS DESPESAS DE URGÊNCIA (PARA PLANOS DE LIVRE ESCOLHA).

7.13.1. É o valor apurado multiplicando-se o valor do CO (Coeficiente Odontológico), pelo múltiplo previsto na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes contratantes será parte integrante e indissociável do presente Contrato, e pelo valor unitário do procedimento previsto na Tabela da OPERADORA.

7.13.1.1. A Tabela da OPERADORA está devidamente registrada no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo e poderá ser consultada pela CONTRATANTE e Beneficiário(s) na sede da OPERADORA e através do seu portal na internet (www.unimedodonto.com.br).

7.13.2. Os valores, em moeda corrente no país, do CO (Coeficiente Odontológico) e dos Múltiplos de Reembolso, estipulados contratualmente e aplicados à Tabela da OPERADORA, são aqueles informados na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes contratantes será parte integrante e indissociável do presente Contrato.

7.14. Caso o beneficiário forneça informações bancárias incorretas ou incompletas, impedindo a OPERADORA de efetuar o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias contados da primeira tentativa de pagamento, o valor do reembolso permanecerá sob a guarda da OPERADORA até que o beneficiário apresente os dados bancários corretos e atualizados. Após o prazo de 6 (seis) meses da primeira tentativa de pagamento, caso o beneficiário não tenha entrado em contato com a OPERADORA para regularizar a situação, a solicitação de reembolso será automaticamente cancelada. Neste caso, para obter o reembolso, o beneficiário deverá apresentar novo pedido, observando os prazos e condições estabelecidos nos itens acima.

VIII – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

8.1. Somente quando contratado Plano Odontológico com direito à livre escolha, de acordo com a opção de plano descrita na proposta de contratação, será garantido o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiários e com liberdade de escolha de

cirurgiões-dentistas nos limites previstos e de acordo com o disposto na proposta de contratação, parte integrante e indissociável deste Contrato, e na Tabela da OPERADORA em que estão relacionados os procedimentos e quantidades de unidades para reembolso.

8.1.1. A Tabela da OPERADORA está devidamente registrada no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo e poderá ser consultada pela CONTRATANTE e Beneficiário(s) na sede da OPERADORA e através do seu portal na internet (www.unimedodonto.com.br).

8.2. Qualquer despesa somente será reembolsada respeitando-se os prazos de carência, tabela de reembolso, os múltiplos contratados, bem como os limites previstos no Plano Odontológico contratado.

8.2.1. A solicitação do reembolso deverá ser realizada por meio do preenchimento de formulário próprio e disponibilizado pela OPERADORA através do seu portal na internet (www.unimedodonto.com.br) ou por intermédio no nosso aplicativo, este disponível para beneficiários que contratam plano com a opção de livre escolha.

8.2.2. As solicitações de reembolso deverão estar devidamente instruídas com as contas odontológicas detalhadas, discriminando honorários, materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos.

8.3. O Beneficiário poderá escolher qualquer cirurgião-dentista legalmente habilitado, desde que não integrante da Rede Credenciada para os eventos/procedimentos a serem realizados e de acordo com o plano contratado, conforme documentação de contratação e dentro da área de abrangência do Plano Odontológico, para realização de todos os procedimentos cobertos, quais sejam: Consultas Odontológicas, Exames Odontológicos Complementares, Prevenção Odontológica, Periodontia, Dentística, Endodontia e Cirurgia Odontológica Ambulatorial.

8.3.1. Não será garantido o reembolso de quaisquer despesas odontológicas realizadas pelo Beneficiário em prestadores integrantes da Rede Credenciada da OPERADORA, observados os serviços que os prestadores credenciados estarão habilitados a executar de acordo com o contrato mantido entre o prestador credenciado e a OPERADORA.

8.3.2. O Beneficiário poderá consultar as informações relativas à Rede Credenciada no portal da OPERADORA na internet (www.unimedodonto.com.br).

8.4. Exclusivamente nos casos devidamente comprovados em que não haja disponibilidade de Rede de Prestadores Credenciados e desde que a OPERADORA seja prévia e

comprovadamente acionada pelos Beneficiários, fica assegurado o reembolso conforme estabelecido na regulamentação vigente, ressalvado que nos planos que prevejam a livre escolha de prestadores o reembolso será realizado de acordo com as referências e limites constantes da Tabela da OPERADORA.

8.5. Respeitadas as condições contratuais, o reembolso, quando cabível, dependerá da apresentação dos seguintes documentos, sempre em originais (exceto prontuário odontológico), além daqueles documentos previstos na regulamentação vigente para garantia de cobertura dos eventos/procedimentos quando aplicável Diretriz de Utilização - DUT:

Relatório Odontológico contendo:	NF ou Recibo contendo:
Nome do paciente (Beneficiário atendido);	Nome do paciente (Beneficiário atendido);
Data do atendimento;	Data;
Detalhamento da equipe e do tipo de atendimento/especialidade com o valor cobrado, no caso de honorários;	Descrição do tipo de atendimento/especialidade;
Nome de cada procedimento realizado e ou serviços auxiliares, com o respectivo valor unitário e região;	Valor total cobrado;
Nome do profissional;	Nome do profissional executante;
CPF ou CNPJ;	CPF ou CNPJ;
CRO/UF;	CRO/UF;
Carimbo;	Endereço completo;
Endereço completo;	Carimbo;
Assinatura.	Assinatura.

8.5.1. Do conteúdo do(s) Recibo(s) ou da(s) Nota(s) Fiscal(is) deverá constar: nome do paciente, data do evento, valor cobrado (numérico e por extenso), recibos de honorários individualizados contendo os dados do profissional (nome, CPF/MF, CRO, função exercida no evento e assinatura). Dos honorários apresentados em Nota Fiscal, deverá constar a descrição da equipe (nome, CRO, função e valor cobrado para cada profissional).

8.6. Respeitadas as condições do contrato, da apresentação dos documentos originais a OPERADORA efetuará a posse e guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente suas vias originais, no prazo estabelecido na legislação vigente.

8.6.1. Será de responsabilidade do Beneficiário guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento realizado, quando a solicitação de reembolso for enviada à OPERADORA de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos, conforme estabelecido pela legislação vigente.

8.6.2. Poderá, ainda, ser solicitado pela OPERADORA a qualquer tempo, o envio dos documentos originais, em até 30 (trinta) dias úteis, contados da data da solicitação da OPERADORA, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída.

8.7. Estando caracterizada a cobertura, a OPERADORA efetuará o devido reembolso ao Beneficiário no prazo de 5 (cinco) dias úteis para consultas e exames e 10 (dez) dias úteis para demais procedimentos, contados da data do recebimento da documentação correta e completa na OPERADORA, sob protocolo.

8.8. Os eventos cirúrgicos e os demais procedimentos cobertos pelo Plano Odontológico contratado e não previstos na Tabela da OPERADORA, serão reembolsados por valores correspondentes aos casos análogos daquela tabela, segundo o plano no qual esteja incluído o Beneficiário.

8.9. O valor do reembolso das despesas será apurado considerando a aplicação do múltiplo do plano contratado pelo Beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na Tabela da OPERADORA. **O valor do reembolso das despesas em nenhuma hipótese será superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário ao profissional ou instituição, ressalvado que em planos com mecanismos de regulação financeira (coparticipação), será o respectivo valor descontado do valor a ser reembolsado.**

8.10. O reembolso das despesas cobertas pelo Plano Odontológico contratado será efetuado diretamente em conta corrente de titularidade vinculada ao Cadastro de Pessoa Física/MF do Beneficiário Titular ou Beneficiário Dependente/Agregado, sendo certo que na hipótese de inexistência de conta corrente o reembolso será efetuado por meio de ordem de pagamento a ser emitida em favor do Beneficiário atendido.

8.11. A fim de dirimir eventuais dúvidas quanto a quaisquer eventos objeto de reembolso, a OPERADORA poderá, a seu critério, solicitar laudos de exames realizados anteriormente, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório do cirurgião-dentista completo e outros documentos que julgar necessários, ficando o processo de reembolso, nesse caso, sujeito à análise dos resultados dos referidos exames ou laudos, o que acarretará a interrupção e recontagem do prazo estabelecido neste Contrato, pelo que as partes contratantes se declaram cientes e concordes.

8.12. A OPERADORA, independentemente da adoção das medidas legalmente aplicáveis contra o responsável por danos que lhe forem causados, não efetuará qualquer reembolso ou pagamento em favor do Beneficiário com base no Plano Odontológico contratado, caso haja, por parte da CONTRATANTE ou dos Beneficiários:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações fornecidas na proposta que tenham influído na aceitação do Plano Odontológico ou em qualquer pagamento previsto neste Contrato;**
- b) Fraude, tentativa de fraude ou dolo;**
- c) Inobservância das obrigações contratuais;**
- d) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da OPERADORA na elucidação do evento ou das respectivas despesas;**
- e) Prática de atos ilícitos ou contrários à lei.**

8.13. O Beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano, a contar do efetivo desembolso, para solicitar o reembolso previsto na presente cláusula, sob pena de perda do seu direito.

8.14. Caso o beneficiário forneça informações bancárias incorretas ou incompletas, impedindo a OPERADORA de efetuar o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias contados da primeira tentativa de pagamento, o valor do reembolso permanecerá sob a guarda da OPERADORA até que o beneficiário apresente os dados bancários corretos e atualizados. Após o prazo de 6 (seis) meses da primeira tentativa de pagamento, caso o beneficiário não tenha entrado em contato com a OPERADORA para regularizar a situação, a solicitação de reembolso será automaticamente cancelada. Neste caso, para obter o reembolso, o beneficiário deverá apresentar novo pedido, observando os prazos e condições estabelecidos nos itens acima.

8.15. Ao optar por realizar atendimentos com um profissional de sua livre escolha, a OPERADORA, não se responsabilizará pela qualidade dos serviços prestados por este.

8.16. REFERENCIAL PARA REEMBOLSO DE DESPESAS

8.16.1. É o valor apurado multiplicando-se o valor do CO (Coeficiente Odontológico), pelo múltiplo previsto na documentação de contratação e pelo valor unitário do procedimento previsto na Tabela da OPERADORA.

8.16.2. Os valores, em moeda corrente no país, do CO (Coeficiente Odontológico) e dos Múltiplos de Reembolso, estipulados contratualmente e aplicados à Tabela da OPERADORA, são aqueles informados na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes contratantes será parte integrante e indissociável do presente Contrato.

8.17. CÁLCULO DE REEMBOLSO

8.17.1. O valor do reembolso será apurado com base na fórmula abaixo, observada a Tabela da OPERADORA, bem como a proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes contratantes será parte integrante e indissociável do presente Contrato:

$$\text{Valor do Reembolso} = [(\text{Quantidade de UPO do Procedimento} \times \text{Coeficiente Odontológico}) \times \text{Múltiplo de Reembolso}] - \text{Coparticipação}$$

Onde:

UPO: Unidade de Procedimento Odontológico prevista na Tabela da OPERADORA;

Coeficiente Odontológico (CO): valor, em moeda corrente do país (R\$), previsto para o contrato;

Múltiplo de Reembolso: Quantidade de vezes que o valor será multiplicado de acordo com o plano contratado;

Coparticipação: Valor devido pelo Beneficiário à OPERADORA e/ou à CONTRATANTE referente a realização dos eventos/procedimentos cobertos.

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. Quando o Beneficiário utilizar os serviços credenciados colocados à sua disposição para facilitar o atendimento, havendo cobertura, as despesas efetuadas serão pagas pela OPERADORA diretamente à Rede Credenciada, sem desembolso para o Beneficiário, de acordo com os termos e condições previstos neste Contrato, com exceção dos casos previstos nas cláusulas VII e VIII do presente Contrato.

9.1.1. A Rede Credenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios credenciados ou da OPERADORA, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente, ressalvado que todas as informações relativas às substituições de prestadores da Rede Credenciada poderão ser consultadas no portal eletrônico da OPERADORA na internet (www.unimedodonto.com.br).

9.1.2. O cartão de identificação será disponibilizado pela OPERADORA ao beneficiário em até 15 dias da data de inclusão do beneficiário no plano odontológico, na forma prevista no item 2.1.12.3.

9.1.2.1. Caso o Beneficiário, nesse período, necessite utilizar a Rede Credenciada, deverá acessar o cartão de forma digital em nosso aplicativo ou no portal da OPERADORA na internet (www.unimedodonto.com.br).

9.2. O Beneficiário verificará previamente a Rede Credenciada e escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede credenciada da OPERADORA, marcando dia e hora para realização do evento/procedimento odontológico.

9.2.1. As solicitações previamente indicadas pelos cirurgiões-dentistas para realização dos procedimentos cobertos serão recebidas pelo Portal do Credenciado, sendo estipulado o prazo de até 1 (um) dia útil para a análise, contado da data do recebimento da solicitação, salvo nos casos de procedimentos de Ortodontia e Prótese, cujo prazo observará a legislação e regulamentação vigentes.

9.2.2. A OPERADORA poderá, a seu exclusivo critério e sempre que entender necessário para a adequada análise da cobertura contratual, solicitar do BENEFICIÁRIO, ou do cirurgião-dentista responsável pelo atendimento, a apresentação de documentação complementar, tais como imagens (radiografias e/ou fotografias), relatórios clínicos, exames subsidiários ou quaisquer outros documentos que se façam necessários para a elucidação de dúvidas técnicas relacionadas ao procedimento solicitado.

9.2.3. O Beneficiário poderá consultar as informações relativas à Rede Credenciada no portal eletrônico da OPERADORA na internet (www.unimedodonto.com.br), além de outros meios eletrônicos a serem oportunamente divulgados pela OPERADORA também no mencionado site ou outros meios de comunicação.

9.2.4. Para o atendimento do Beneficiário na rede de prestadores da OPERADORA, poderá ser utilizado o token no qual deverá ser informado ao dentista para a realização do atendimento da GTO. O token poderá substituir a assinatura do beneficiário para os procedimentos autorizados e realizados.

9.2.4.1 Para identificação, reconhecimento/elegibilidade do beneficiário a OPERADORA poderá utilizar o Token e/ou a biometria, mediante cadastramento via SMS, e-mail e/ou telefone celular, entre outros, previamente cadastrado no sistema.

9.2.5. A realização dos procedimentos odontológicos dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia eletrônica da OPERADORA, salvo nos casos de urgência/emergência.

9.2.6. A autorização prévia somente será efetivada pela OPERADORA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do cirurgião-dentista.

9.3. Será disponibilizado aos beneficiários o Cartão Individual de Identificação (carteirinha) referente ao Plano Odontológico contratado, na forma do item 2.1.12.3 deste Contrato, cuja apresentação pelo Beneficiário, na Rede Credenciada, será acompanhada de um documento

de identidade oficialmente reconhecido na forma da lei. Está assegurado a fruição dos direitos deste Contrato, desde que o Beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo ser adotado pela OPERADORA, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento, quando será informado à CONTRATANTE.

9.3.1. Considera-se uso indevido, a utilização do Cartão Individual de Identificação (carteirinha), ou de outro documento que o substitua para obter atendimento, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, durante eventual suspensão de coberturas devido inadimplemento das contraprestações pecuniárias, ou em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários.

9.3.2. O uso indevido do Cartão Individual de identificação (carteirinha), por quaisquer Beneficiários, a critério da OPERADORA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Beneficiário Titular, seus Dependentes e Agregados, quando houver, e suas consequências.

9.3.3. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação (carteirinha), seja do Beneficiário Titular, Dependente(s) ou Agregado(s), o beneficiário terá acesso ao cartão de forma digital em nosso aplicativo ou no portal do cliente da OPERADORA na internet (www.unimedodonto.com.br).

9.4. A OPERADORA não se responsabiliza por quaisquer acordos ajustados particularmente pelos Beneficiários com o cirurgião-dentista com serviço credenciado, contratados ou não, sendo certo que eventuais despesas correrão por conta exclusiva do Beneficiário. Da mesma forma, a OPERADORA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e devidamente vigente, ou previstos dentre as demais coberturas previstas no presente Contrato e proposta de contratação, a qual assinada pelas partes será parte integrante e indissociável do presente instrumento.

9.5. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA

9.5.1. As divergências e dúvidas de natureza odontológica que recaiam sobre as coberturas previstas no presente Plano Odontológico serão dirimidas por Junta Odontológica na forma da legislação e regulamentação vigentes, constituída de três profissionais, sendo um nomeado pela OPERADORA, outro pelo beneficiário, e um terceiro, desempatador, indicado e nomeado conforme legislação vigente.

9.5.2. Não havendo consenso na escolha do desempatador, a junta odontológica será instituída conforme critérios estabelecidos na legislação vigente.

9.5.3. Cada uma das partes pagará os honorários odontológicos que designar; os do terceiro serão pagos pela OPERADORA.

9.5.4. A junta médica seguirá, além do disposto neste contrato, a legislação em vigor, no momento de sua constituição.

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. Os valores estabelecidos pelas coberturas expressas no presente Contrato serão pagos em valores pré-estabelecidos.

10.1.1. Entende-se por preço pré-estabelecido, quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

10.2. A contraprestação pecuniária será cobrada por meio de fatura e será totalmente paga pela CONTRATANTE à OPERADORA.

10.3. Os valores das contraprestações pecuniárias mensais serão por custo médio, inclusive para beneficiários demitidos/exonerados sem justa causa e/ou aposentados quando da manutenção do plano conforme Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, com base no Plano Odontológico contratado e nas suas respectivas características, conforme expresso na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes será parte integrante e indissociável do presente Contrato.

10.4. FATURAMENTO

10.4.1. A emissão do faturamento basear-se-á na movimentação informada pela CONTRATANTE à OPERADORA, tendo a regra os seguintes prazos:

Vigência	Limite de movimentação
Dia 01	Dia 18
Dia 10	Dia 28
Dia 20	Dia 07 do mês subsequente

10.4.1.1. É de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE a comunicação à OPERADORA, a qual deverá ocorrer no prazo citado no item 10.4.1 para movimentação, seja para pedidos de

novas inclusões, reativações, exclusões e/ou suspensão individual por inadimplência do Beneficiário, alterações de planos, dentre outras. Na falta de comunicação dessas movimentações até essa data informada no quadro do item 10.4.1, o faturamento terá como base o número de Beneficiários do mês anterior.

10.4.1.2. Observado o item acima, a OPERADORA terá 72 (setenta e duas) horas para a emissão do faturamento a partir da data limite de movimentação mencionada no item 10.4.1, ressalvado que as movimentações recepcionadas após esta data poderão ser contempladas no faturamento a ser emitido, conquanto a não consideração dessas movimentações não eximirá a CONTRATANTE do pagamento das contraprestações pecuniárias em caso de alocação no faturamento subsequente em atenção ao quanto disposto no item 2.1.10.4 do presente instrumento.

10.4.2. Depois de emitido o faturamento com base na movimentação recepcionada no prazo previsto no item 10.4.1 acima, não poderá a CONTRATANTE, em qualquer hipótese, realizar o pagamento parcial da fatura, sob pena de não ser reconhecido o pagamento e aplicadas as hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.4.1, 14.4.1.1 e 14.4.1.2 da Cláusula XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO.

10.4.3. As movimentações de Beneficiários ocorridas após a data prevista no item 10.4.1 acima serão consideradas como ajustes e recairão sobre a contraprestação pecuniária do faturamento subsequente e de forma retroativa, observado o quanto disposto nos itens 2.1.10.2, 2.1.10.3, 2.1.10.3.1 e 2.1.10.4 deste Contrato.

10.4.4. O pagamento da fatura com a contraprestação pecuniária deverá ser feito na rede bancária pelos valores constantes na referida fatura, até o vencimento, observado o disposto neste Contrato e na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes será parte integrante e indissociável do presente instrumento.

10.4.5. A data limite para pagamento das faturas na rede bancária não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão de qualquer documento do qual resulte cobrança.

10.4.6. O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento bancário não modifica o vencimento original, sendo que o pagamento do Plano Odontológico com atraso implica suspensão das coberturas contratuais, conforme previsto neste Contrato.

10.4.7. Sobre o valor original da contraprestação pecuniária mensal, pago após a data de seu vencimento, incidirá multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) pelos dias em atraso.

10.4.8. O não pagamento na data aprazada configurará pendência financeira em nome do CONTRATANTE, cuja não regularização no prazo de 30 dias poderá acarretar em adoção de medidas para a recuperação do crédito, tais como a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito e/ou a interposição de medida judicial.

10.4.9. O pagamento das faturas será de responsabilidade total da CONTRATANTE, salvo o pagamento das contraprestações pecuniárias relativas aos benefícios dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, as quais serão de encargo exclusivo dos Beneficiários Titulares optantes pela manutenção dos planos, incluindo eventuais valores relativos às contraprestações pecuniárias do grupo familiar a ele vinculado e aqueles decorrentes de coparticipação, mediante pagamento diretamente à OPERADORA.

10.4.10. Se a CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento devido em até 5 (cinco) dias que antecedem o respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na OPERADORA para que não se sujeite à consequência de mora.

10.4.11. Caberá a quem a lei determinar o pagamento dos impostos e outros encargos que incidam ou venham a incidir sobre as faturas deste Plano Odontológico.

10.4.12. Não haverá distinção quanto ao valor das contraprestações pecuniárias entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos e àqueles a este Contrato já vinculados, com exceção dos valores relativos aos benefícios dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, os quais serão cobrados de acordo com a legislação e regulamentação vigentes.

XI – REAJUSTE

11.1. O reajuste da contraprestação pecuniária será aplicado anualmente e de forma automática, desde que observada a periodicidade mínima de 12 (doze) meses entre a aplicação dos reajustes, utilizando-se por base a composição do índice relativo à variação positiva do Reajuste Financeiro e do índice relativo ao Reajuste Técnico apurado, observada a seguinte fórmula:

$$\text{PRU} = (1 + \text{RF}) \times (1 + \text{RT}) - 1$$

Onde:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

RF = Reajuste Financeiro;

RT = Reajuste Técnico.

11.1.1. Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

11.1.2. As partes se declaram cientes e concordes de que os valores relativos às contraprestações pecuniárias dos beneficiários já vinculados ao presente Contrato e os valores para as novas solicitações de inclusão novos beneficiários, quer sejam titulares ou dependentes, serão reajustados automaticamente na forma do item 11.1 acima, independentemente da data de inclusão dos mencionados beneficiários, ressalvado que o reajuste previsto no presente Contrato não incidirá sobre os valores relativos ao Coeficiente Odontológico – CO, exceto em caso de negociação entre as partes contratantes mediante celebração de Termo de Aditamento nesse sentido.

11.1.3. Os reajustes das contraprestações pecuniárias serão comunicados pela OPERADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nos termos e prazos previstos na legislação e regulamentação vigentes à época.

11.1.4. Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, haverá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.1.5. Observado o disposto no item 11.1 acima, as partes contratantes se declaram cientes e concordes de que o valor da contraprestação pecuniária será reajustado na data de aniversário do Contrato ou em outra data convencionada entre as partes contratantes através de Termo de Aditamento ao presente contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, ressalvadas as exceções abaixo:

- a) Migração de plano através de um novo contrato com esta OPERADORA;
- b) Ampliação das coberturas do Plano Odontológico;
- c) Reajustes decorrentes da mudança de faixa etária dos Beneficiários, quando aplicável.

11.2. Reajuste Financeiro

11.2.1. O Reajuste Financeiro (RF) previsto no item 11.1 acima corresponderá à variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor (IPCA), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acumulada no 12 (dose) meses anteriores ao de sua efetiva aplicação.

11.3. Reajuste Técnico

11.3.1. O Reajuste Técnico previsto no item 11.1 acima será aplicável sempre que o percentual de sinistralidade for superior ao percentual previsto na proposta de contratação (“ponto de

equilíbrio”), a qual devidamente assinada pelas partes contratantes passa a ser parte integrante e indissociável do presente Contrato.

11.3.2. A OPERADORA realizará o cálculo para identificação do percentual de sinistralidade do Contrato de acordo com a fórmula descrita abaixo:

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Sinistro}}{\text{PR}}$$

Onde:

Sinistralidade: percentual sobre a relação entre o sinistro e o prêmio de acordo com o período de apuração.

Sinistro: Corresponde a soma total dos sinistros pagos e dos sinistros pendentes de pagamento, descontados os valores relativos às coparticipações, alocados na data da sua ocorrência, dentro do período de apuração;

PR: Corresponde ao total de Contraprestações Pecuniárias recebidas, descontados o ISS – imposto sobre serviços, além de quaisquer outros impostos, taxas e/ou contribuições, dentro do período de apuração.

11.3.3. Quando a sinistralidade observada for igual ou inferior à meta, o Reajuste Técnico será considerado igual a 0 (zero).

11.3.4. Quando a sinistralidade observada for superior ao percentual previsto na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes contratantes passa a ser parte integrante e indissociável do presente Contrato, o Reajuste Técnico será calculado considerando a seguinte fórmula:

$$\text{RT} = (\text{Sinistralidade}/\text{BE}) - 1$$

Onde:

Sinistralidade: percentual sobre a relação entre o sinistro e o prêmio de acordo com o período de apuração.

Be: Corresponde ao percentual de sinistralidade para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e atuarial previsto na proposta de contratação.

11.3.5. Para fins de apuração dos sinistros e das contraprestações pecuniárias recebidas será considerado o período correspondente aos últimos 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

XII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

12.1. Exclusivamente quando a CONTRATANTE e/ou eventual subcontratante for o empregador do Beneficiário Titular, assegurará a OPERADORA ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado em decorrência de seu vínculo empregatício com a CONTRATANTE e/ou eventual subcontratante, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou desligamento após concessão de aposentadoria no mesmo empregador, o direito de manter sua condição de Beneficiário Titular e dos Beneficiários Dependentes e Agregados a ele vinculados, nas mesmas condições das coberturas assistenciais, **desde que assuma o pagamento integral do plano.**

12.1.1. Para consecução do quanto disposto no item 12.1 acima, fica a CONTRATANTE obrigada a formalizar por escrito ao Beneficiário Titular no ato da rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou desligamento após concessão de aposentadoria no mesmo empregador, a possibilidade deste optar pela manutenção da sua condição de Beneficiário no Plano Odontológico, dependendo do caso, como demitido ou aposentado.

12.1.2. A comunicação prevista no subitem 12.1.1 deverá ser de forma inequívoca, isto é, por meio de envio do comunicado com aviso de recebimento ou mediante protocolo de recebimento dado na própria comunicação ao empregado, devendo constar a data e assinatura do Beneficiário Titular.

12.1.3. O Beneficiário Titular terá um prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar, contados da data do recebimento da comunicação, nos termos do subitem 12.1.2 acima.

12.1.4. A CONTRATANTE ficará obrigada a observar as condições de movimentação e exclusão de Beneficiários, previstos respectivamente, nos itens 2.1.10.2 e 2.1.11 deste Contrato.

12.2. Nos Planos Odontológicos coletivos empresariais não é considerada contribuição a participação do Beneficiário nas despesas, a título de coparticipação, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços odontológicos e nem os valores despendidos e que sejam relacionados às contraprestações pecuniárias dos Beneficiários Dependentes e Agregados, quando houver.

12.3. Período de permanência nas mesmas condições assistenciais:

BENEFICIÁRIO TITULAR	PRAZO MÁXIMO
Demitido/exonerado sem justa causa que contribuiu com o pagamento do plano odontológico.	1/3 (um terço) do período de permanência em que tenha contribuído para o plano odontológico, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses
Aposentado que contribuiu com o pagamento do plano odontológico por prazo inferior a 10 (dez) anos.	1 (um) ano para cada ano de contribuição
Aposentado que contribuiu com o pagamento do plano odontológico pelo prazo de 10 (dez) anos ou mais.	Indeterminado

12.4. O período de permanência será apurado considerando a vigência individual do Beneficiário Titular neste Plano Odontológico e/ou em Plano Odontológico anteriormente mantido pela mesma CONTRATANTE com outras operadoras de planos privados de assistência à saúde exclusivamente para a segmentação odontológica.

12.5. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar da CONTRATANTE, no momento do seu desligamento será garantido o direito de manutenção na condição de Beneficiário inativo aposentado, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS à época vigente.

12.6. Para fins de aplicação do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 será considerado o período de contribuição do ex-empregado demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do empregador com as várias operadoras para cálculo do período do benefício de demitido ou aposentado.

12.7. A continuidade prevista nesta Cláusula será extensiva aos Beneficiários Dependentes e Agregados já vinculados ao Contrato, **cessando todo e qualquer direito, seja para o Beneficiário Titular e/ou Beneficiário(s) Dependente(s) ou Agregado(s), nas seguintes hipóteses:**

- a) Quando o Beneficiário Titular for admitido em novo emprego ou passar a exercer nova atividade remunerada que possibilite o ingresso em novo plano odontológico coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;
- b) Após o decurso do prazo de manutenção de acordo com os prazos elencados na tabela constante no item 11.3 acima;

- c) No caso de rescisão do presente Contrato, não cabendo qualquer obrigação à OPERADORA pela manutenção e cumprimento dos períodos remanescentes que os Beneficiários ainda tenham direito de cobertura.**

12.7.1. Fica garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado (Beneficiário Titular), no período de manutenção, na condição de Beneficiário Dependente.

12.7.2. O Beneficiário Titular fica obrigado a comunicar à OPERADORA seu ingresso em novo emprego ou atividade remunerada, nos termos do item 12.7, ficando, na falta dessa comunicação, sujeito ao pagamento das despesas geradas, desde a data da cessação da sua inatividade, sem prejuízo de outras penalidades legais.

12.8. Os benefícios previstos nesta Cláusula não excluem vantagens obtidas pelos Beneficiários Titulares decorrentes de negociações e/ou acordos coletivos de trabalho devidamente homologados de acordo com as normas editadas pelo Ministério do Trabalho.

12.9. Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, observadas as demais disposições constantes no presente Contrato, em especial no que se refere ao período de permanência, desde que assumam o pagamento integral do plano.

12.9.1. O direito de solicitar a manutenção do plano para Beneficiários Titulares que estejam aposentados é garantido aos Beneficiários Dependentes e/ou Agregados do Beneficiário Titular aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656/1998.

12.10. Em caso de cancelamento do contrato coletivo empresarial onde a CONTRATANTE conceda o presente benefício (Plano Odontológico) a seus empregados ou ex-empregados, a OPERADORA oferecerá ao universo de Beneficiários a possibilidade de contratação de plano odontológico na modalidade individual/familiar, desde que no momento do cancelamento do plano coletivo a OPERADORA possua produto registrado e ativo para fins de comercialização perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nesta modalidade de contratação.

12.12. As demais condições para a manutenção do Beneficiário serão regidas de acordo com as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente e que regulamentem o quanto disposto nos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

13.1. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

13.1.1. Se o Beneficiário Titular e/ou Dependente/Agregado, por si ou por seus representantes, fizer declarações inexatas, omitindo circunstâncias ou fatos que possam influir na contraprestação pecuniária, perderá o direito ao Plano Odontológico e pagará a contraprestação pecuniária vencida, consoante às disposições legais, observadas as demais disposições constantes neste Contrato.

13.1.2. As coberturas disponibilizadas para o Beneficiário Titular e seu(s) Beneficiário(s) Dependente(s) e Agregados, quando houver, cessarão automaticamente, incluindo eventuais coberturas adicionais/opcionais contratadas:

- a) Quando a CONTRATANTE solicitar, formalmente, a suspensão ou exclusão do Beneficiário do Contrato;
- b) Quando o Beneficiário solicitar a sua exclusão ou de seus Dependentes e/ou Agregados (quando houver) do Contrato nos termos da regulamentação em vigor;
- c) Inadimplemento do Beneficiário relativo à contraprestação pecuniária relativa ao benefício constante dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, observadas as regras descritas nos itens 14.4, 14.4.1, 14.4.1.1 e 14.4.1.2 da Cláusula XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO;
- d) Com o cancelamento do Contrato; ou
- e) Com a exclusão da SUBCONTRATANTE (quando houver) a qual o Beneficiário esteja vinculado.

13.1.3. A OPERADORA poderá, a seu exclusivo critério, excluir ou suspender a assistência odontológica dos Beneficiários Titulares e, respectivamente, dos Beneficiários Dependentes e Agregados aos Beneficiários Titulares vinculados, nas seguintes hipóteses:

- a) Em caso de fraude comprovadamente praticada por parte do Beneficiário Titular, dos Beneficiários Dependentes e Agregados, se houver; e
- b) Com a cessação do vínculo entre o Beneficiário e a CONTRATANTE.

13.1.4. As coberturas dos Beneficiários Dependentes e Agregados, quando inscritos, cessarão automaticamente:

- a) Sempre que cessarem as coberturas do Beneficiário Titular a que estiverem vinculados, nas hipóteses previstas neste Contrato; e
- b) Com a perda das condições de dependência estabelecidas neste Contrato.

13.1.5. O Beneficiário Titular deverá comunicar à CONTRATANTE, que por sua vez deverá comunicar a OPERADORA, tão logo ocorra, a perda da condição de dependência das pessoas a ele vinculadas e aceitas no Plano Odontológico, **respondendo pelas despesas geradas por estes**, sendo que a cobertura de qualquer Beneficiário Dependente e/ou Agregado cessará, de pleno direito, no mês seguinte ao da perda dessa condição.

XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1. Observado o quanto disposto na Cláusula V – DURAÇÃO DO CONTRATO deste instrumento, convencionam as partes que o presente Contrato poderá ser rescindido imotivadamente:

- a) qualquer tempo, por acordo expresso entre as partes;
- b) por qualquer das partes, devendo a parte contrária ser notificada com no mínimo 60 (sessenta) dias antecedência;
- c) Por redução a zero de Beneficiários ativos, exclusão de todos os beneficiários vinculados ao Contrato, inclusive do último titular, ou a, por qualquer motivo, caracterizará esvaziamento total do grupo e implicará no cancelamento do contrato.

14.1.1. O presente contrato poderá ser rescindido: (i) por iniciativa da OPERADORA, nos casos de falência, liquidação ou recuperação judicial/extrajudicial da CONTRATANTE, quando não houver a devida comunicação no prazo previsto no item 17.4.1; ou (ii) por iniciativa do CONTRATANTE, exclusivamente em razão da decretação de sua falência, hipótese em que deverá comunicar a OPERADORA por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data pretendida para o efetivo cancelamento.

14.2. Caso as partes Contratantes manifestem intenção de rescindir o presente Contrato imotivadamente e antes de transcorrido o prazo de vigência contratual disposto na Cláusula V – DURAÇÃO DO CONTRATO, ficará a parte denunciante sujeita ao pagamento de despesas equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades vincendas até o término da vigência inicialmente acordada, calculado com base no valor da última fatura paga. Ressalva-se o direito da OPERADORA de exigir complemento do valor caso o prejuízo efetivamente suportado seja superior ao valor acima estipulado, nos termos do parágrafo único do Artigo 416 do Código Civil vigente.

14.2.1. Caso o Contrato tenha sido firmado por empresário individual, a OPERADORA somente poderá resilir imotivadamente o Contrato na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, na forma da regulamentação vigente.

14.3. Na hipótese de cancelamento do presente Contrato devido inadimplemento pela CONTRATANTE das contraprestações pecuniárias mensais, observado o disposto nos itens e subitens 14.5, 14.5.1, 14.6 e 14.6.1, 14.6.3 e 14.6.3 abaixo e antes de transcorridos 24 (vinte e quatro) meses da sua vigência inicial, ficará a CONTRATANTE sujeita ao pagamento do ressarcimento de despesas de acordo com o disposto no item 14.1.1 acima.

14.4. Após o encerramento do Contrato, a CONTRATANTE também reconhece como dívida líquida e certa, sendo o pagamento de sua inteira responsabilidade, eventuais despesas decorrentes das coberturas odontológicas, previstas ou não neste Contrato e que a OPERADORA possa a ser compelida a garantir por força de decisão judicial.

14.5. Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito no item 14.1 acima, com exceção das solicitações de exclusão apresentadas à OPERADORA diretamente pelo Beneficiário Titular, na forma da legislação e regulamentação vigentes.

14.6. Identificado o inadimplemento da CONTRATANTE por prazo superior a 6 (seis) dias corridos, contados a partir da data de vencimento das contraprestações pecuniárias mensais, as coberturas deste Contrato serão imediatamente suspensas, inclusive aquelas relacionadas a procedimentos previamente autorizados pela OPERADORA e/ou decorrentes de tratamentos continuados, dispensada a necessidade de notificação judicial ou extrajudicial para esse fim. A suspensão será comunicada à CONTRATANTE por notificação encaminhada no 2º (segundo) dia após o vencimento da mensalidade. As coberturas serão restabelecidas em até 48 (quarenta e oito) horas, contadas a partir da apresentação, pela CONTRATANTE à OPERADORA, dos respectivos comprovantes de adimplemento das contraprestações inadimplidas.

14.6.1. No caso de contrato firmado por CONTRATANTE qualificado como empresário individual ou beneficiário inativo, identificado o inadimplemento nos termos acima, as coberturas ficarão suspensas mediante notificação prévia, ao longo do período de inadimplência, nos termos da legislação vigente.

14.7. Este contrato será cancelado/rescindido:

a. Na hipótese de manutenção do inadimplemento pelo CONTRATANTE por 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, contados da data de vencimento das contraprestações pecuniárias mensais, além da suspensão das coberturas contratuais, dispensada a necessidade de notificação judicial ou extrajudicial nesse sentido.

b. Na hipótese de manutenção do inadimplemento pelo CONTRATANTE qualificado como empresário individual ou ao beneficiário inativo que optou pelo benefício de demitidos ou aposentados caso fique(m) sem efetuar o pagamento de duas mensalidades, consecutivas ou não, mediante notificação prévia até o 50º (quincuagésimo) dia do não pagamento. Será considerada válida a notificação recebida após o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência se for garantido, pela OPERADORA, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

14.7.1. O CONTRATANTE qualificado como Empresário Individual ou Beneficiário Inativo poderá questionar a OPERADORA acerca da inadimplência ou o valor do débito, dentro do prazo disposto acima, cabendo à OPERADORA responder, concedendo novo prazo de 10 (dez) dias para o pagamento do débito em aberto, se houver. Concedido novo prazo para pagamento, não caberá ao Empresário Individual ou Beneficiário Inativo a solicitação de prorrogação deste prazo.

14.7.2. Sem prejuízo das disposições do item 14.6 acima, a OPERADORA notificará a CONTRATANTE, devendo este último, dentro do prazo de 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da notificação, se manifestar e apresentar o(s) comprovante(s) de adimplemento das contraprestações pecuniárias em atraso.

14.7.3. Na hipótese da manutenção da inadimplência das mensalidades, poderá a OPERADORA requerer judicialmente ou extrajudicialmente a quitação dos valores inadimplidos, além de todos e quaisquer encargos decorrentes da mora, incluindo a possibilidade de eventual protesto dos valores perante cartórios e órgãos de proteção ao crédito.

14.8. A não concordância por parte da CONTRATANTE de aplicação do índice de reajuste anual conforme previsto na cláusula XI – REAJUSTE e pautado em relatório analítico que justifique a sua aplicação pela OPERADORA poderá implicar a rescisão imediata deste Contrato.

14.9. Sem prejuízo de aplicação das eventuais penalidades legais cabíveis, o presente Contrato será rescindido motivadamente, de forma imediata, e independentemente da necessidade de notificação prévia e observância da vigência de 24 (vinte e quatro) meses contados do início de vigência contratual, nas seguintes situações:

- a)** Prática de fraude comprovada;
- b)** Descumprimento pela CONTRATANTE das cláusulas e condições deste Contrato;
- c)** Decretação de falência, de liquidação judicial/extra judicial ou recuperação judicial/extra judicial ou dolo pelo CONTRATANTE e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano odontológico;

- d) Na hipótese de contratação por empresário individual caso este, ao ser notificado pela OPERADORA com 60 (sessenta) dias de antecedência ao aniversário do contrato, não comprove a regularidade quanto à inscrição nos órgãos competentes, bem como a regularidade cadastral junto à Receita Federal;
- e) Quando houver descumprimento das obrigações contratuais ou declarações inexatas por parte do Beneficiário ou seus Dependentes, a qualquer tempo, nos termos da legislação vigente.

14.9.1. Na hipótese de contratação por empresário individual, caso este, ao ser instado pela OPERADORA no mês de aniversário do Contrato, não comprove a regularidade quanto à inscrição nos órgãos competentes e regularidade cadastral junto à Receita Federal, no prazo de 60 (sessenta) dias, o presente instrumento será rescindido automaticamente.

14.10. O contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela OPERADORA, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias quando o número de vidas que compõe o grupo de Beneficiários for inferior ao percentual de manutenção estabelecido no item 15.5.10 da Cláusula XV – DISPOSIÇÕES GERAIS deste Contrato sem que haja observância pela CONTRATANTE das disposições constante nos itens 15.5.10 e 15.5.10.1.

14.11. A responsabilidade da OPERADORA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do presente contrato cessará as 23h59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos) do último dia de vigência, correndo as despesas a partir daí por conta exclusiva da CONTRATANTE, ressalvado que o cancelamento do presente Contrato acarretará no cancelamento de todas e quaisquer coberturas adicionais e/ou opcionais contratadas, assim como no cancelamento de quaisquer coberturas adicionais e/ou opcionais e dos planos de todos os Beneficiários Titulares em gozo dos benefícios dos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e respectivos grupos familiares.

14.12. A OPERADORA reserva-se no direito de cobrar da CONTRATANTE, seja por acordo entre as partes ou pelos meios legais cabíveis, todas e quaisquer despesas decorrentes das coberturas contratuais e relativas aos atendimentos prestados ao(s) beneficiário(s) durante o período de suspensão e/ou após a rescisão do presente Contrato.

XV – DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. DOCUMENTAÇÃO

15.1.1. Além deste Contrato, **satisfeitos os requisitos de aceitação**, consoante se extrai do conteúdo da regulamentação vigente de acordo com as normas editadas pela Agência

Nacional de Saúde Suplementar – ANS, deverá ser disponibilizado à CONTRATANTE, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

15.1.2. O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC) serão disponibilizados à CONTRATANTE no site da OPERADORA (www.unimedodonto.com.br), pelo que a CONTRATANTE se declara ciente e concorde.

15.1.3. Observado o quanto disposto no item 15.1.2 acima, a CONTRATANTE concorda que a entrega do Guia de Leitura Contratual (GLC) aos Beneficiários será da sua exclusiva responsabilidade, sendo que a eventual omissão dessa obrigação não a eximirá da reparação dos danos, perdas e/ou prejuízos que porventura vierem a ser causados à OPERADORA, em especial por àqueles impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário.

15.2. UTILIZAÇÃO INDEVIDA

15.2.1. A CONTRATANTE fica obrigada a comprovar o recolhimento dos Cartões Individuais de Identificação (carteirinhas) impressos/ físicos de todos os Beneficiários e/ou devolvê-los à OPERADORA mediante protocolo, além de obrigada a orientar os Beneficiários para abstenção quanto a utilização do plano odontológico através de cartões eletrônicos/digitais, ficando a CONTRATANTE responsável pelo uso indevido dos mesmos, caso assim não proceda, nos seguintes casos:

- a) Cancelamento do Contrato;
- b) Suspensão de cobertura, por inadimplemento contratual, por parte da CONTRATANTE ou do Beneficiário;
- c) Cessação das coberturas individuais, por qualquer motivo, inclusive pela perda do vínculo com a CONTRATANTE.

15.2.2. Entende-se por uso indevido a utilização dos Cartões Individuais de Identificação (carteirinhas) pelos Beneficiários que tenham perdido direito à cobertura deste Plano Odontológico, provisória ou permanente, ou por terceiros.

15.2.3. O uso indevido do Cartão Individual de Identificação, de qualquer Beneficiário, acarretará no pedido de indenização por perdas e danos pela OPERADORA, bem como a exclusão imediata do Beneficiário Titular e de todo o grupo familiar a ele vinculado, sem prejuízo das demais sanções legais.

15.2.3.1. A ação da OPERADORA será:

- a) Contra a CONTRATANTE, nas hipóteses relativas à sua responsabilidade e previstas neste Contrato;
- b) Contra o Beneficiário, nas demais hipóteses.

15.2.4. Além das contraprestações vencidas e não pagas, a CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certas quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados aos Beneficiários a ela vinculados, quando cessadas as responsabilidades da OPERADORA, respeitados o disposto nos itens anteriores.

15.2.5. Os valores relativos às despesas referidas neste Contrato deverão ser liquidados pela CONTRATANTE até os vencimentos estabelecidos pela OPERADORA nos documentos de cobrança, ressalvado o direito de oposição de cobrança pela OPERADORA, nas esferas judicial ou extrajudicial, o que observará o prazo prescricional de 5 (cinco) anos nos termos do inciso I, do §5º, do Art. 207 do Código Civil vigente à época da celebração do presente Contrato, sem prejuízo da possibilidade de protesto dos referidos valores, inclusive nos órgãos de proteção ao Crédito.

15.2.6. Sem prejuízo das disposições previstas no item 15.2.1 acima, terão os mesmos efeitos caracterizadores da utilização indevida todas e quaisquer utilizações de acordo com o quanto disposto no item 15.2.2, incluindo aquelas decorrentes da utilização dos Cartões Individuais de Identificação (carteirinhas) impressos/físicos ou eletrônicos/digitais, de acordo com a opção do CONTRATANTE prevista na proposta de contratação, ressalvado que na hipótese das utilizações indevidas decorrentes da utilização dos Cartões Individuais de Identificação (carteirinhas) eletrônicos/digitais, pelo que a CONTRATANTE se declara ciente e concorde acerca da necessidade de comprovar a devida orientação dos Beneficiários quanto à não utilização destes documentos e/ou tentativa de utilização.

15.3. ALTERAÇÃO DO CONTRATO

15.3.1. Concordam as partes contratantes que todas e quaisquer alterações no presente Contrato tão somente serão consideradas válidas mediante a celebração de Termos de Aditamento, os quais assinados pelas partes farão parte integrante e indissociável deste instrumento.

15.4. RESPONSABILIDADE DA OPERADORA

15.4.1. A responsabilidade da OPERADORA está restrita exclusivamente aos compromissos explicitados nas diversas cláusulas que regem o Contrato, não se responsabilizando por

quaisquer outras promessas verbais ou que não estejam contratualmente previstas, observadas as disposições do item 15.3.1 acima.

15.5. OUTRAS DISPOSIÇÕES

15.5.1. Estas condições, bem como os direitos pelos mesmos Beneficiários, não poderão ser transferidos ou cedidos, por qualquer forma, exceto no caso de empresas coligadas devidamente caracterizadas, conforme as definições constantes neste Contrato e mediante anuência formal da OPERADORA.

15.5.2. A CONTRATANTE, por si e por seus Beneficiários, autoriza a OPERADORA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização federais, estaduais e/ou municipais.

15.5.3. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes contratantes e serão objeto de Termo de Aditamento ao presente Contrato, quando couber, na forma do item 15.3.1 acima.

15.5.4. A emissão de termo(s) de Aditamento(s) que verse(m) sobre as situações acima expostas não poderá tratar de alterações nas características dos produtos nos termos e limites da legislação e regulamentação vigentes.

15.5.5. A CONTRATANTE se obriga a somente incluir na massa inicial os Beneficiários Titulares que se enquadrem nas formas e condições de elegibilidade previstas na legislação e regulamentação vigentes, em especial aquelas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as quais estão descritas no item 15.7 CONCEITOS E DEFINIÇÕES deste Contrato.

15.5.6. Além do disposto no item 15.5.5 acima, após o início de vigência do Contrato, a CONTRATANTE somente poderá requerer a inclusão de novos beneficiários que cumpram as referidas condições de elegibilidade constantes na legislação e regulamentação vigentes, em especial aquelas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

15.5.7. A CONTRATANTE será responsável pela reparação à OPERADORA de eventuais danos, prejuízos e/ou sanções administrativas/ judiciais que porventura sejam causados a esta em virtude do não cumprimento das obrigações elencadas nos itens 15.5.5 e 15.5.6 acima, incluindo o ressarcimento à OPERADORA de eventuais valores que esta venha a despende.

15.5.8. Surgindo divergência quanto à interpretação ou extensão do pactuado neste Contrato ou quanto à execução das obrigações dele decorrentes, ou constatando-se nele a existência de lacunas, solucionarão as partes tais divergências, de acordo com os princípios da boa-fé, da equidade, da razoabilidade e da economicidade e preencherão as lacunas com estipulações que, presumivelmente, teriam correspondido a aplicação fática dos normativos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

15.5.9. São partes integrantes do presente Contrato, para os devidos fins o Proposta de contratação, o(s) Anexo(s), a Tabela da Operadora, o Manual de Orientação Para Contratação de Plano de Saúde – MPS, o Guia de Leitura Contratual – GLC e eventuais Termos de Aditamentos.

15.5.9.1 Os termos desta Proposta de Contratação e seus respectivos Anexos prevalecem em relação às disposições das Condições Gerais do(s) produto(s) contratado(s) no que com ela(s) divergir(em).

15.5.10. O índice de manutenção do grupo de beneficiários não poderá ser inferior a 70% (setenta por cento) em relação ao número de beneficiários iniciais quando da contratação, comprometendo-se a CONTRATANTE a reestabelecer este percentual em até 60 (sessenta) dias corridos contados da data de recebimento pela CONTRATANTE de notificação prévia expedida pela OPERADORA nesse sentido, observado o grupo inicial previsto na proposta de contratação, parte integrante e indissociável do presente Contrato.

15.5.10.1 O presente Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela OPERADORA, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, quando o grupo de beneficiários reduzir-se em quantidade inferior ao percentual estabelecido no item 15.5.10, ainda que, após notificação, a CONTRATANTE não restabeleça o índice mínimo do grupo inicial de beneficiários, previsto na proposta de contratação, parte integrante deste Contrato.

15.5.10.2. A inobservância da condição mencionada no item 15.5.10 acima acarretará na repactuação das contraprestações pecuniárias de acordo com a composição do grupo quando da análise do Contrato para fins de reajuste nos termos da Cláusula XI – REAJUSTE, ressalvado que caso a CONTRATANTE venha a rescindir o presente Contrato em até 6 (seis) meses após a referida repactuação, ficará responsável pelo pagamento para a OPERADORA do montante excedente ao equilíbrio contratual conforme percentual definido na proposta de contratação, a qual assinada é parte integrante e indissociável do presente Contrato.

15.5.10.3. A solicitação de exclusão de todos os beneficiários vinculados ao Contrato, inclusive do último titular, ou a redução a zero de Beneficiários ativos, por qualquer motivo,

caracterizará esvaziamento total do grupo e implicará no cancelamento automático do Contrato. Nessa hipótese, o cancelamento será considerado rescisão imotivada para todos os fins, sujeitando a CONTRATANTE, caso ocorra antes do término da vigência contratual prevista na Cláusula V – Duração do Contrato, ao pagamento do ressarcimento estabelecido na Cláusula 14.1.1, observados os procedimentos de notificação e prazos contratuais.

15.5.11 A solicitação de portabilidade de carências feita pelo Beneficiário entre planos contratados pela CONTRATANTE diretamente à OPERADORA, seguirá o fluxo padrão de verificação dos requisitos previstos na legislação vigente estipulados pela ANS, sem comunicação prévia a CONTRATANTE, sendo responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE comunicar aos seus colaboradores as regras de benefícios relacionadas ao cargo que o colaborador exerce, principalmente, se há alguma vedação para realização de portabilidade de carências entre planos contratados pelo CONTRATANTE (upgrade ou downgrade) com a OPERADORA.

15.6. COMUNICAÇÃO E ACESSO

15.6.1. As partes concordam que os comunicados/notificações relativos a este Contrato, inclusive, mas a estes não se limitando, sobre eventual aplicação de Carência e Cobertura Parcial Temporária, Inadimplência, Cancelamento, bem como, o envio de boletos e faturas, poderão ocorrer por qualquer meio eletrônico e/ou digital, inclusive, mas não se limitando, telefonemas, mensagem de texto para telefones celulares (SMS), mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens, área restrita da página institucional da SEGURADORA na Internet e/ou por meio de aplicativo da OPERADORA para dispositivos móveis, sem prejuízo da forma física que poderá ocorrer por carta ou preposto da OPERADORA.

15.7. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

15.7.1. Os conceitos e definições a seguir integram o Contrato, para todos os efeitos deste contrato:

15.7.1.1. ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar é a autarquia reguladora e órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência em saúde suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde nos termos da Lei nº 9961/2000, que atua em todo o território nacional;

15.7.1.2. Autorização Prévia é aquela necessária à realização de determinados procedimentos odontológicos cobertos de acordo com o presente Contrato, mediante solicitação do

cirurgião-dentista e registro formal, na OPERADORA, dessa solicitação, conforme Condições Contratuais;

15.7.1.3. Beneficiário Dependente e Agregado é a pessoa vinculada ao Beneficiário Titular, conforme definido neste Contrato, efetivamente incluído no Plano Odontológico;

15.7.1.4. Beneficiário Titular é o componente do grupo Beneficiário, efetivamente incluído no Plano Odontológico e responsável pelas informações prestadas, que mantém vínculo direto com a CONTRATANTE na forma dos itens 2.1.7 e 2.1.8 deste Contrato;

15.7.1.5. Cálculo Atuarial é a avaliação estatística realizada através da análise de informações sobre a frequência de utilização, grupo Beneficiário e coberturas contratadas, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do Plano Odontológico e o cálculo da contraprestação pecuniária mensal;

15.7.1.6. Carência é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência individual de cada um dos Beneficiários do Plano Odontológico, durante o qual os Beneficiários não terão direito às coberturas contratadas, embora sejam devidos os pagamentos da contraprestação pecuniária;

15.7.1.7. Cartão Individual de Identificação (carteirinha) é o documento que identifica o Beneficiário e seu respectivo Plano Odontológico junto à Rede Credenciada, observadas as características constantes no presente Contrato;

15.7.1.8. Cirurgião-Dentista é o profissional que atende (assiste) o Beneficiário, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta odontológica, bem como pela realização dos procedimentos/eventos odontológicos cobertos de acordo com o presente instrumento;

15.7.1.9. CO – Coeficiente Odontológico é o valor expresso em Reais (R\$) e que serve de base para determinação dos valores de reembolso dos procedimentos cobertos por este Plano Odontológico conforme definido neste Contrato;

15.7.1.10. Coligada é a Sociedade Comercial ou Civil vinculada a CONTRATANTE mediante participação no seu capital;

15.7.1.11. Competência é o período ao qual se refere o pagamento da contraprestação pecuniária;

15.7.1.12. Contraprestação pecuniária é o valor monetário pago pela CONTRATANTE à OPERADORA de acordo com a massa de Beneficiários Titulares, Dependentes e Agregados inscritos e vinculados ao presente Contrato. São os valores relacionados à mensalidade.

15.7.1.13. Contrato são condições contratuais, descritas conforme as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, respeitando-se o ordenamento jurídico vigente e aplicáveis a todos os planos do Plano Odontológico;

15.7.1.14. Contrato coletivo empresarial é aquele que abrange o grupo delimitado e vinculado com a CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, incluindo ou não o grupo familiar do Beneficiário Titular, sendo o Contrato celebrado por intermédio da CONTRATANTE e com cobrança da contraprestação pecuniária também sob a responsabilidade da CONTRATANTE. A vinculação exigida entre o Beneficiário Titular e a CONTRATANTE também abrangerá: **(i)** os sócios e/ou os administradores da empresa CONTRATANTE; **(ii)** os agentes políticos; **(iii)** os trabalhadores temporários; **(iv)** os estagiários e menores aprendizes; **(v)** os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente a CONTRATANTE, ressalvada a aplicação do disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;

15.7.1.15. CONTRATANTE é a pessoa jurídica que celebra o Contrato e administra o Plano Odontológico em favor do grupo a ele vinculado, responsável pelo pagamento à OPERADORA da contraprestação pecuniária mensal, à exceção das contraprestações pecuniárias devidas pelos Beneficiários Titulares, por si ou seu grupo familiar, em decorrência do gozo dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

15.7.1.16. Contribuição é definida como o valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano odontológico oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, excluídos todos e quaisquer valores que venha a despendar com as contraprestações pecuniárias de seus Dependentes e Agregados, bem como eventuais valores pegos a título de coparticipação ou franquia como fator de moderação na utilização dos serviços de odontológica;

15.7.1.17. Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pela CONTRATANTE à OPERADORA após a realização dos procedimentos odontológicos pelos Beneficiários vinculados ao Contrato, de acordo com o plano contratado. Será devido o valor da coparticipação pelos Beneficiários Titulares, por si ou seu grupo familiar, inclusive quando da opção de manutenção do plano em decorrência do gozo dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;

15.7.1.18. Eletivo é o termo usado para designar procedimentos não considerados de urgência/emergência e que podem ser realizados em data pré-estabelecida;

15.7.1.19. Evento coberto é o conjunto de eventos/procedimentos de assistência odontológica descritos neste Contrato, **desde que tenha se verificado durante a vigência do Plano Odontológico e não figure como exclusão de cobertura**; o evento se inicia com a comprovação de sua ocorrência e termina com a alta definitiva concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do Beneficiário, com a sua morte, com o término de vigência do Contrato e com as demais hipóteses de encerramento da relação contratual (cancelamento, rescisão, resilição, distrato, dentre outros elencados neste instrumento);

15.7.1.20. Grupo de Coberturas representa o conjunto de coberturas por tipo de especialidade odontológica conforme Artigos 36 e seguintes da Resolução CFO nº 63/2005;

15.7.1.21. Grupo Familiar é o conjunto dos Dependentes e Agregados do Beneficiário Titular, conforme disposto neste Contrato;

15.7.1.22. Grupo de Inativos é aquele constituído por Beneficiários que fazem jus à permanência no Plano Odontológico, em consequência de exoneração ou demissão sem justa causa ou aposentadoria, conforme disposto neste Contrato, observado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e publicações posteriores;

15.7.1.23. Guia Odontológico (Rede Credenciada) corresponde à relação dos prestadores dos serviços odontológicos, objeto deste Contrato, disponível no site da OPERADORA (www.unimedodonto.com.br);

15.7.1.24. Implante Dentário é o suporte ou estrutura de metal, posicionada cirurgicamente no osso maxilar ou mandibular, abaixo da gengiva para substituir as raízes dentárias;

15.7.1.25. Mesmas condições de cobertura assistencial compreende a mesma segmentação assistencial e coberturas, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do Plano Odontológico contratado para os empregados ativos.

15.7.1.26. Natureza jurídica: o Contrato de Plano Odontológico, regido pela Lei 9.656/1998, é o instrumento jurídico celebrado entre as partes, de natureza consensual, bilateral, aleatório, indenitário e de boa fé, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária;

15.7.1.27. Níveis de reembolso são os valores máximos estabelecidos neste Contrato e de responsabilidade da OPERADORA nas hipóteses de livre escolha ou demais hipóteses previstas na legislação e regulamentação vigentes, de acordo com o plano contratado, dentre os colocados à disposição dos Beneficiários;

15.7.1.28. Novo emprego compreende quaisquer novos vínculos profissionais que possibilitem o ingresso do Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado a um plano odontológico coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

15.7.1.29. Operadora é a Unimed Saúde e Odonto S.A., pessoa jurídica legalmente constituída e inscrita sob o CNPJ/MF nº 10.414.182/0001-09, autorizada a operar planos privados de assistência à saúde e devidamente registrada perante a Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS sob o número 41.680-1, que assume as coberturas descritas neste Contrato;

15.7.1.30. Plano é o conjunto composto pelo padrão de coberturas, rede credenciada e contraprestação pecuniária mensal, observados os respectivos registros dos produtos perante a Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS e que estarão previstos na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes será parte integrante e indissociável do presente Contrato;

15.7.1.31. Prestador Credenciado é a pessoa jurídica ou física, devidamente habilitada e contratada pela OPERADORA para prestação de serviços deste Plano Odontológico;

15.7.1.32. Prótese é o material empregado em atos cirúrgicos e que substitui definitivamente, parcial ou totalmente, órgãos ou membros, reproduzindo sua forma e/ou função;

15.7.1.33. Prótese para Implante é a peça dentária artificial, montada sobre o implante instalado. Essa prótese pode ser parcial ou total;

15.7.1.34. Protocolos são os critérios da OPERADORA para análise de concessão de determinados serviços, englobando solicitação de laudos e exames, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório odontológico completo e outros documentos que julgarem necessários;

15.7.1.35. Rede Credenciada é aquela indicada pela OPERADORA para realizar o atendimento e composta pelos Prestadores Credenciados, sendo o pagamento feito diretamente pela OPERADORA para a esses prestadores de acordo com os planos contratados e contrato de credenciamento entre os mencionados Prestadores Credenciados e a OPERADORA, sem desembolso por parte do Beneficiário;

15.7.1.36. Rol de Procedimentos é relação publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que contempla os procedimentos/eventos em saúde que devem ser mínima e obrigatoriamente cobertos pela OPERADORA, individualizados e garantidos, ressalvado que para o Plano Odontológico estarão cobertos exclusivamente os procedimentos/eventos vinculados à segmentação odontológica;

15.7.1.37. Tabela da OPERADORA é a tabela em que estão relacionados os procedimentos e quantidades de unidades para reembolso. Essa tabela se encontra registrada perante o **4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo** e poderá ser consultada pela CONTRATANTE e Beneficiário(s) na sede da **OPERADORA** ou através do seu portal na internet (www.unimedodonto.com.br);

15.7.1.38. Transplante de Tecido Ósseo é aquele utilizado para reconstrução cirúrgica de deformidades ósseas para que a qualidade estética e funcional da mastigação seja recuperada. Esse tecido pode ser do próprio paciente (autógeno) ou tecido doado por humanos (homólogo);

15.7.1.39. Transplante Dentário ocorre quando um dente do próprio paciente substitui outro perdido. Na maioria dos casos de transplante, é usado o dente de siso no lugar do que foi perdido;

15.7.1.40. Vigência é o período em que estarão em vigor as disposições do presente Contrato e as coberturas deste Plano Odontológico e ele atreladas.

XVI – ELEIÇÃO DE FORO

16.1. Fica estabelecido o foro da sede da CONTRATANTE para quaisquer ações ou procedimentos judiciais decorrentes deste Contrato.



Helton Freitas
Diretor Presidente



Remegildo Gava Milanez
Diretor de Operações e Provimento

Unimed Saúde e Odonto S.A.

ANEXOS

ANEXO I – UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEMBOLSO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Essencial sem coparticipação e sem reembolso;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **465.916/11-3;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS CONTRATUAIS

2.1. Este plano possui exclusivamente as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;

- h) Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO II - UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Essencial sem reembolso e coparticipativo;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **465.919/11-8;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS CONTRATUAIS

2.1. Este plano possui exclusivamente as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;

- i) Todos os procedimentos de prótese dentária;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **não contempla** a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMO DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **contempla** em suas características coparticipação como mecanismos financeiros de regulação, que consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados, cujo percentual será aquele definido na **Proposta de Contratação**.

5.2. No caso de reembolso de despesas de urgência ou emergência realizadas fora da Rede Referenciada, nos termos da cláusula VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA da Condição Geral, assim como nos casos de reembolso de despesas decorrentes da livre escolha de prestadores quando contratada nos termos da cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES também da Condição Geral, os valores relativos à coparticipação **serão deduzidos dos valores a serem pagos aos Beneficiários**.

5.3. Quando aplicada a coparticipação os valores **serão de responsabilidade e cobrados do CONTRATANTE** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Beneficiários.

5.4. O valor ou percentual da coparticipação não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Beneficiário ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO III - ESSENCIAL RB

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **ESSENCIAL RB;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **475.492/16-1;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS CONTRATUAIS

2.1. Este plano possui exclusivamente as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;

- h) Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

4.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO IV - ESSENCIAL RB II

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

7. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- h) Nome do Produto: ESSENCIAL RB II;**
- i) Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;**
- j) Número Registro ANS: 507.007/25-4;**
- k) Segmentação Assistencial: Odontológico;**
- l) Área Geográfica de Abrangência: Nacional;**
- m) Área de Atuação do Plano de Saúde: Nacional;**
- n) Formação do Preço: Pré-estabelecido.**

8. COBERTURAS CONTRATUAIS

8.1. Este plano possui exclusivamente as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

9. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- n) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**
- o) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
- p) Tratamento com metais preciosos;**
- q) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;**
- r) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;**
- s) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- t) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;**

- u) Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;
- v) Todos os procedimentos de prótese dentária;
- w) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- x) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- y) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- z) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

10. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

10.1. Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

10.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

11. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

11.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

12. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO V – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Essencial Plus sem reembolso e sem coparticipação;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **469.057/13-5;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Clareamento de dente desvitalizado;
- c) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- d) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- e) Mantenedor de espaço fixo;
- f) Mantenedor de espaço removível;
- g) Manutenção periodontal;
- h) Panorâmica especial para ATM;
- i) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- j) Redução de tuberosidade;
- k) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- l) Técnica de localização radiográfica;

- m) Telerradiografia com traçado cefalométrico.
- n) Teste de capacidade tampão da saliva;
- o) Teste de contagem microbiológica;
- p) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de

prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **não contempla** em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO VI – ESSENCIAL PLUS COP

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Essencial Plus Cop;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **477.395/16-1;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Clareamento de dente desvitalizado;
- c) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- d) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- e) Mantenedor de espaço fixo;
- f) Mantenedor de espaço removível;
- g) Manutenção periodontal;
- h) Panorâmica especial para ATM;
- i) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- j) Redução de tuberosidade;
- k) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- l) Técnica de localização radiográfica;
- m) Telerradiografia com traçado cefalométrico.

- n) Teste de capacidade tampão da saliva;
- o) Teste de contagem microbiológica;
- p) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **não contempla** a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico contempla em suas características coparticipação como mecanismos financeiros de regulação, que consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados, cujo percentual será aquele definido na **Proposta de Contratação**.

5.2. No caso de reembolso de despesas de urgência ou emergência realizadas fora da Rede Referenciada, nos termos da cláusula VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA da Condição Geral, assim como nos casos de reembolso de despesas decorrentes da livre escolha de prestadores quando contratada nos termos da cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES também da Condição Geral, os valores relativos à coparticipação **serão deduzidos dos valores a serem pagos aos Beneficiários**.

5.3. Quando aplicada a coparticipação os valores **serão de responsabilidade e cobrados do CONTRATANTE** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Beneficiários.

5.4. O valor ou percentual da coparticipação não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Beneficiário ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO VII – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS COM REEMBOLSO E SEM COPAY

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Essencial Plus com reembolso e sem copay;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- a) Número Registro ANS: **469.836/13-3;**
- b) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- c) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- d) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- e) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Clareamento de dente desvitalizado;
- c) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- d) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- e) Mantenedor de espaço fixo;
- f) Mantenedor de espaço removível;
- g) Manutenção periodontal;
- h) Panorâmica especial para ATM;
- i) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- j) Redução de tuberosidade;
- k) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- l) Técnica de localização radiográfica;
- m) Telerradiografia com traçado cefalométrico.

- n) Teste de capacidade tampão da saliva;
- o) Teste de contagem microbiológica;
- p) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula

VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

4.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **não contempla** em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquias, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO VIII – ESSENCIAL PLUS COP RB

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- c) Nome do Produto: **ESSENCIAL PLUS COP RB;**
- d) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- f) Número Registro ANS: **485.094/20-7;**
- g) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- h) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- i) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- j) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1 Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2 Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- q) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- r) Clareamento de dente desvitalizado;
- s) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- t) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- u) Mantenedor de espaço fixo;
- v) Mantenedor de espaço removível;
- w) Manutenção periodontal;
- x) Panorâmica especial para ATM;
- y) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- z) Redução de tuberosidade;
- aa) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- bb) Técnica de localização radiográfica;
- cc) Telerradiografia com traçado cefalométrico.

- dd) Teste de capacidade tampão da saliva;
- ee) Teste de contagem microbiológica;
- ff) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a. Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b. Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c. Tratamento com metais preciosos;
- d. Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e. Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g. Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h. Ortopedia dos maxilares;
- i. Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j. Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k. Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- l. Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m. Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **contempla** a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMO DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1 Este plano odontológico contempla em suas características coparticipação como mecanismos financeiros de regulação, que consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados, cujo percentual será aquele definido na **Proposta de Contratação**.

5.2 No caso de reembolso de despesas de urgência ou emergência realizadas fora da Rede Referenciada, nos termos da cláusula VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA da Condição Geral, assim como nos casos de reembolso de despesas decorrentes da livre escolha de prestadores quando contratada nos termos da cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES também da Condição Geral, os valores relativos à coparticipação **serão deduzidos dos valores a serem pagos aos Beneficiários**.

5.3 Quando aplicada a coparticipação os valores **serão de responsabilidade e cobrados do CONTRATANTE** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Beneficiários.

5.4 O valor ou percentual da coparticipação não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Beneficiário ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO IX – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REEMBOLSO SEM COPART

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Essencial Plus Doc sem reembolso sem copart;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **469.280/13-2;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Redução de tuberosidade;
- c) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- d) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- e) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- f) Mantenedor de espaço fixo;
- g) Mantenedor de espaço removível;
- h) Clareamento de dente desvitalizado;
- i) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- j) Manutenção periodontal;
- k) Teste de capacidade tampão da saliva;
- l) Teste de contagem microbiológica;
- m) Discrepância de modelos;

- n) Documentação ortodôntica: radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico;
- o) Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- p) Documentação ortodôntica completa: básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra;
- q) Documentação ortodôntica especial: completa com telerradiografia com traçado frontal, erup 3ºm;
- r) Documentação ortopédica: completa com índice carpal, modelo de trabalho e 9 fotos;
- s) Fotografia;
- t) Modelos de trabalho;
- u) Modelos ortodônticos;
- v) Panorâmica + modelos ortodônticos;
- w) Panorâmica especial para ATM;
- x) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- y) Slide;
- z) Técnica de localização radiográfica;
- aa) Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- bb) Traçado cefalométrico.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária;

- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- l) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **não contempla** a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **não contempla** em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquias, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO X – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC C/ REEMBOLSO E S/ COPARTICIPAÇÃO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Essencial Plus Doc c/ reembolso e s/ coparticipação;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **469.834/13-7;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Redução de tuberosidade;
- c) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- d) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- e) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- f) Mantenedor de espaço fixo;
- g) Mantenedor de espaço removível;
- h) Clareamento de dente desvitalizado;
- i) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- j) Manutenção periodontal;
- k) Teste de capacidade tampão da saliva;
- l) Teste de contagem microbiológica;
- m) Discrepância de modelos;

- n) Documentação ortodôntica: radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico;
- o) Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- p) Documentação ortodôntica completa: básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra;
- q) Documentação ortodôntica especial: completa com telerradiografia com traçado frontal, erup 3ºm;
- r) Documentação ortopédica: completa com índice carpal, modelo de trabalho e 9 fotos;
- s) Fotografia;
- t) Modelos de trabalho;
- u) Modelos ortodônticos;
- v) Panorâmica + modelos ortodônticos;
- w) Panorâmica especial para ATM;
- x) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- y) Slide;
- z) Técnica de localização radiográfica;
- aa) Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- bb) Traçado cefalométrico.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária;

- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

4.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XI – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEM

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Pleno sem Orto sem coparticipação e sem reembolso;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **468.729/13-9;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Redução de tuberosidade;
- c) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- d) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- e) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- f) Mantenedor de espaço fixo;
- g) Mantenedor de espaço removível;
- h) Clareamento de dente desvitalizado;
- i) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- j) Enxerto gengival livre;
- k) Enxerto pediculado;
- l) Manutenção periodontal;
- m) Teste de capacidade tampão da saliva;
- n) Teste de contagem microbiológica;
- o) Panorâmica especial para ATM;

- p)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- q)** Técnica de localização radiográfica;
- r)** Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- s)** Provisório para faceta;
- t)** Faceta em cerômero;
- u)** Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- v)** Restauração em cerômero – inlay;
- w)** Restauração em cerômero – onlay;
- x)** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- y)** Coroa total metalo plástica – cerômero.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a)** Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b)** Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c)** Tratamento com metais preciosos;
- d)** Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e)** Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f)** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g)** Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h)** Ortopedia dos maxilares;
- i)** Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j)** Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k)** Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- l)** Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m)** Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XII – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Pleno sem Orto sem reembolso e coparticipativo;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **468.725/13-6;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- e) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- f) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Redução de tuberosidade;
- c) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- d) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- e) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- f) Mantenedor de espaço fixo;
- g) Mantenedor de espaço removível;
- h) Clareamento de dente desvitalizado;
- i) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- j) Enxerto gengival livre;
- k) Enxerto pediculado;
- l) Manutenção periodontal;
- m) Teste de capacidade tampão da saliva;
- n) Teste de contagem microbiológica;
- o) Panorâmica especial para ATM;
- p) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado

- cefalométrico;
- q) Técnica de localização radiográfica;
- r) Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- s) Provisório para faceta;
- t) Faceta em cerômero;
- u) Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- v) Restauração em cerômero – inlay;
- w) Restauração em cerômero – onlay;
- x) Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- y) Coroa total metalo plástica – cerômero.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico contempla em suas características coparticipação como mecanismos financeiros de regulação, que consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados, cujo percentual será aquele definido na **Proposta de Contratação**.

5.2. No caso de reembolso de despesas de urgência ou emergência realizadas fora da Rede Referenciada, nos termos da cláusula VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA da Condição Geral, assim como nos casos de reembolso de despesas decorrentes da livre escolha de prestadores quando contratada nos termos da cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES também da Condição Geral, os valores relativos à coparticipação **serão deduzidos dos valores a serem pagos aos Beneficiários**.

5.3. Quando aplicada a coparticipação os valores **serão de responsabilidade e cobrados do CONTRATANTE** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Beneficiários.

5.4. O valor ou percentual da coparticipação não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Beneficiário ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XIII – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO COM REEMBOLSO E SEM COPART

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Pleno sem Orto com reembolso e sem copart;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **468.730/13-2;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Redução de tuberosidade;
- c) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- d) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- e) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- f) Mantenedor de espaço fixo;
- g) Mantenedor de espaço removível;
- h) Clareamento de dente desvitalizado;
- i) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- j) Enxerto gengival livre;
- k) Enxerto pediculado;
- l) Manutenção periodontal;
- m) Teste de capacidade tampão da saliva;

- n) Teste de contagem microbiológica;
- o) Panorâmica especial para ATM;
- p) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- q) Técnica de localização radiográfica;
- r) Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- s) Provisório para faceta;
- t) Faceta em cerômero;
- u) Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- v) Restauração em cerômero – inlay;
- w) Restauração em cerômero – onlay;
- x) Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- y) Coroa total metalo plástica – cerômero.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- l) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico;
- m) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

4.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquias, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XIV – UNIMED ODONTO PLENO SEM COPARTICIPAÇÃO E SE REEMBOLSO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Pleno sem coparticipação e sem reembolso;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **465.918/11-0;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Aparelho extra-bucal;
- b) Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- c) Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;
- d) Aparelho removível com alças bionator invertida ou de escheler;
- e) Arco lingual;
- f) Barra transpalatina fixa;
- g) Barra transpalatina removível;
- h) Botão de nance;
- i) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- j) Clareamento de dente desvitalizado;
- k) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- l) Coroa total metalo plástica – cerômero;
- m) Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- n) Discrepância de modelos;

- o)** Disjuntor palatino – Hyrax;
- p)** Disjuntor palatino – Macnamara;
- q)** Distalizador com mola nitinol;
- r)** Distalizador de Hilgers;
- s)** Distalizador distal jet;
- t)** Distalizador pendulo/pendex;
- u)** Distalizador tipo Jones Jig;
- v)** Documentação ortodôntica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico;
- w)** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- x)** Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- y)** Documentação ortodôntica especial completa com telerradiografia com traçado frontal, erup 3ºm;
- z)** Documentação ortopédica completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- aa)** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- bb)** Enxerto gengival livre;
- cc)** Enxerto pediculado;
- dd)** Estudo e planejamento ortodôntico;
- ee)** Faceta em cerômero;
- ff)** Fotografia;
- gg)** Gianelly;
- hh)** Grade palatina fixa;
- ii)** Grade palatina removível;
- jj)** Mantenedor de espaço fixo;
- kk)** Mantenedor de espaço removível;
- ll)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo;
24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos fixos;
- mm)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico;
24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos ortopédicos;
- nn)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível;
12 (doze) manutenções para aparelhos removíveis;
- oo)** Manutenção periodontal;
- pp)** Mentoneira;
- qq)** Modelos de trabalho;
- rr)** Modelos ortodônticos;
- ss)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- tt)** Panorâmica especial para ATM;

- uu)** Placa de distalização de molares;
- vv)** Placa de Hawley - com torno expansor;
- ww)** Placa de mordida ortodôntica;
- xx)** Placa de verticalização de caninos;
- yy)** Placa encapsulada de Mauricio;
- zz)** Placa lábio ativa;
- aaa)** Placa oclusal resiliente;
- bbb)** Plano anterior fixo;
- ccc)** Plano inclinado;
- ddd)** Provisório para faceta;
- eee)** Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- fff)** Quadrihelice;
- ggg)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- hhh)** Recuperador de espaço;
- iii)** Redução de tuberosidade;
- jjj)** Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- kkk)** Restauração em cerômero – inlay;
- lll)** Restauração em cerômero – onlay;
- mmm)** Slide;
- nnn)** Técnica de localização radiográfica;
- ooo)** Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- ppp)** Teste de capacidade tampão da saliva;
- qqq)** Teste de contagem microbiológica;
- rrr)** Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
- c) Tratamento com metais preciosos;**
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;**
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;**

- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- l) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquias, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XV – UNIMED ODONTO PLENO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: Unimed Odonto Pleno sem reembolso e coparticipativo;**
- b) Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: 465.921/11-0;**
- d) Segmentação Assistencial: Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: Nacional;**
- g) Formação do Preço: Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a)** Aparelho extra-bucal;
- b)** Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- c)** Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;
- d)** Aparelho removível com alças bionator invertida ou de escheler;
- e)** Arco lingual;
- f)** Barra transpalatina fixa;
- g)** Barra transpalatina removível;
- h)** Botão de nance;
- i)** Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- j)** Clareamento de dente desvitalizado;
- k)** Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- l)** Coroa total metalo plástica – cerômero;
- m)** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- n)** Discrepância de modelos;

- o)** Disjuntor palatino – Hyrax;
- p)** Disjuntor palatino – MacNamara;
- q)** Distalizador com mola nitinol;
- r)** Distalizador de Hilgers;
- s)** Distalizador distal jet;
- t)** Distalizador pendulo/pendex;
- u)** Distalizador tipo Jones Jig;
- v)** Documentação ortodôntica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- w)** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- x)** Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- y)** Documentação ortodôntica especial completa com telerradiografia com traçado frontal, erup 3ºm;
- z)** Documentação ortopédica completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- aa)** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- bb)** Enxerto gengival livre;
- cc)** Enxerto pediculado;
- dd)** Estudo e planejamento ortodôntico;
- ee)** Faceta em cerômero;
- ff)** Fotografia;
- gg)** Gianelly;
- hh)** Grade palatina fixa;
- ii)** Grade palatina removível;
- jj)** Mantenedor de espaço fixo;
- kk)** Mantenedor de espaço removível;
- ll)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo - 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos fixos;
- mm)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico - 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos ortopédicos;
- nn)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível - 12 (doze) manutenções para aparelhos removíveis;
- oo)** Manutenção periodontal;
- pp)** Mentoneira;
- qq)** Modelos de trabalho;
- rr)** Modelos ortodônticos;
- ss)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- tt)** Panorâmica especial para ATM;

- uu)** Placa de distalização de molares;
- vv)** Placa de Hawley - com torno expansor;
- ww)** Placa de Hawley;
- xx)** Placa de mordida ortodôntica;
- yy)** Placa de verticalização de caninos;
- zz)** Placa encapsulada de Mauricio;
- aaa)** Placa lábio ativa;
- bbb)** Placa oclusal resiliente;
- ccc)** Plano anterior fixo;
- ddd)** Plano inclinado;
- eee)** Provisório para faceta;
- fff)** Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- ggg)** Quadrihelice;
- hhh)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- iii)** Recuperador de espaço;
- jjj)** Redução de tuberosidade;
- kkk)** Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- lll)** Restauração em cerômero – inlay;
- mmm)** Restauração em cerômero – onlay;
- nnn)** Slide;
- ooo)** Técnica de localização radiográfica;
- ppp)** Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- qqq)** Teste de capacidade tampão da saliva;
- rrr)** Teste de contagem microbiológica;
- sss)** Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
- c) Tratamento com metais preciosos;**
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;**

- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- l) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **não contempla** a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **contempla** em suas características coparticipação como mecanismos financeiros de regulação, que consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados, cujo percentual será aquele definido na **Proposta de Contratação**.

5.2. No caso de reembolso de despesas de urgência ou emergência realizadas fora da Rede Referenciada, nos termos da cláusula VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA da Condição Geral, assim como nos casos de reembolso de despesas decorrentes da livre escolha de prestadores quando contratada nos termos da cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES também da Condição Geral, os valores relativos à coparticipação **serão deduzidos dos valores a serem pagos aos Beneficiários**.

5.3. Quando aplicada a coparticipação os valores **serão de responsabilidade e cobrados do CONTRATANTE** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Beneficiários.

5.4. O valor ou percentual da coparticipação não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Beneficiário ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XVI – UNIMED ODONTO PLENO COM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Pleno com reembolso e sem coparticipação;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **465.924/11-4;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Aparelho extra-bucal;
- b) Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- c) Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;
- d) Aparelho removível com alças bionator invertida ou de escheler;
- e) Arco lingual;
- f) Barra transpalatina fixa;
- g) Barra transpalatina removível;
- h) Botão de nance;
- i) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- j) Clareamento de dente desvitalizado;
- k) Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- l) Coroa total metalo plástica – cerômero;
- m) Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- n) Discrepância de modelos;

- o)** Disjuntor palatino – Hyrax;
- p)** Disjuntor palatino – MacNamara;
- q)** Distalizador com mola nitinol;
- r)** Distalizador de Hilgers;
- s)** Distalizador distal jet;
- t)** Distalizador pendulo/pendex;
- u)** Distalizador tipo Jones Jig;
- v)** Documentação ortodôntica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- w)** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- x)** Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- y)** Documentação ortodôntica especial completa com telerradiografia com traçado frontal, erup 3ºm;
- z)** Documentação ortopédica completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- aa)** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- bb)** Enxerto gengival livre;
- cc)** Enxerto pediculado;
- dd)** Estudo e planejamento ortodôntico;
- ee)** Faceta em cerômero;
- ff)** Fotografia;
- gg)** Gianelly;
- hh)** Grade palatina fixa;
- ii)** Grade palatina removível;
- jj)** Mantenedor de espaço fixo;
- kk)** Mantenedor de espaço removível;
- ll)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo - 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos fixos;
- mm)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico - 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos ortopédicos;
- nn)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível - 12 (doze) manutenções para aparelhos removíveis;
- oo)** Manutenção periodontal;
- pp)** Mentoneira;
- qq)** Modelos de trabalho;
- rr)** Modelos ortodônticos;
- ss)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- tt)** Panorâmica especial para ATM;

- uu)** Placa de distalização de molares;
- vv)** Placa de Hawley - com torno expensor;
- ww)** Placa de Hawley;
- xx)** Placa de mordida ortodôntica;
- yy)** Placa de verticalização de caninos;
- zz)** Placa encapsulada de Mauricio;
- aaa)** Placa lábio ativa;
- bbb)** Placa oclusal resiliente;
- ccc)** Plano anterior fixo;
- ddd)** Plano inclinado;
- eee)** Provisório para faceta;
- fff)** Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- ggg)** Quadrihelice;
- hhh)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- iii)** Recuperador de espaço;
- jjj)** Redução de tuberosidade;
- kkk)** Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- III)** Restauração em cerômero – inlay;
- mmm)** Restauração em cerômero – onlay;
- nnn)** Slide;
- ooo)** Técnica de localização radiográfica;
- ppp)** Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- qqq)** Teste de capacidade tampão da saliva;
- rrr)** Teste de contagem microbiológica;
- sss)** Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
- c) Tratamento com metais preciosos;**
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;**

- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- l) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

4.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XVII – PLENO PLUS SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **PLENO PLUS S/ Reembolso S/ Coparticipação;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **470.864/14-4;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Redução de Tuberosidade;
- c) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- d) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- e) Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- f) Mantenedor de espaço fixo;
- g) Mantenedor de espaço removível;
- h) Clareamento de dente desvitalizado;
- i) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- j) Enxerto gengival livre;
- k) Enxerto pediculado;
- l) Manutenção periodontal;
- m) Teste de capacidade tampão da saliva;
- n) Teste de contagem microbiológica;

- o)** Conserto prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- p)** Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- q)** Coroa 3/4 ou 4/5;
- r)** Coroa total em cerâmica pura;
- s)** Coroa total metalo cerâmica;
- t)** Coroa total metalo plástica – cerômero;
- u)** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- v)** Coroa venner;
- w)** Faceta em cerâmica pura;
- x)** Faceta em cerômero;
- y)** Laminado em resina;
- z)** Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora);
- aa)** Placa de acetato para clareamento caseiro;
- bb)** Prótese parcial removível com encaixes de precisão/semi precisão;
- cc)** Prótese parcial removível provisória em acrílico com/sem grampos;
- dd)** Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- ee)** Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);
- ff)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;
- gg)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;
- hh)** Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);
- ii)** Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
- jj)** Prótese parcial fixa em metalo plástica;
- kk)** Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free);
- ll)** Prótese parcial fixa provisória;
- mm)** Prótese total;
- nn)** Prótese total imediata;
- oo)** Prótese total incolor;
- pp)** Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório);
- qq)** Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório);
- rr)** Restauração em cerâmica pura – inlay;
- ss)** Restauração em cerâmica pura – onlay;
- tt)** Restauração em cerômero – inlay;
- uu)** Restauração em cerômero – onlay;
- vv)** Restauração em resina (indireta) – Inlay;
- ww)** Restauração em resina (indireta) – Onlay
- xx)** Panorâmica Especial para ATM;
- yy)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- zz)** Técnica de localização radiográfica;

- aaa) Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- bbb) Provisório para faceta;
- ccc) Provisório para inlay/onlay (cerômero).

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- j) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- k) Procedimento relacionado à Ortodontia, não previsto no plano contratado, inclusive aparelho.
- l) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **não contempla** em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XVIII – UNIMED ODONTO PLENO PLUS COM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Pleno Plus com reembolso e sem coparticipação;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **469.833/13-9;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
 - b) Redução de Tuberosidade;
 - c) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
 - d) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
 - e) Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
 - f) Mantenedor de espaço fixo;
 - g) Mantenedor de espaço removível;
 - h) Clareamento de dente desvitalizado;
 - i) Enxerto conjuntivo subepitelial;
 - j) Enxerto gengival livre;
 - k) Enxerto pediculado;
 - l) Manutenção periodontal;
 - m) Teste de capacidade tampão da saliva;
 - n) Teste de contagem microbiológica;

- o)** Conserto prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- p)** Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- q)** Coroa 3/4 ou 4/5;
- r)** Coroa total em cerâmica pura;
- s)** Coroa total metalo cerâmica;
- t)** Coroa total metalo plástica – cerômero;
- u)** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- v)** Coroa venner;
- w)** Faceta em cerâmica pura;
- x)** Faceta em cerômero;
- y)** Laminado em resina;
- z)** Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora);
- aa)** Placa de acetato para clareamento caseiro;
- bb)** Prótese parcial removível com encaixes de precisão/semi precisão;
- cc)** Prótese parcial removível provisória em acrílico com/sem grampos;
- dd)** Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- ee)** Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);
- ff)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;
- gg)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;
- hh)** Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);
- ii)** Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
- jj)** Prótese parcial fixa em metalo plástica;
- kk)** Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free);
- ll)** Prótese parcial fixa provisória;
- mm)** Prótese total;
- nn)** Prótese total imediata;
- oo)** Prótese total incolor;
- pp)** Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório);
- qq)** Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório);
- rr)** Restauração em cerâmica pura – inlay;
- ss)** Restauração em cerâmica pura – onlay;
- tt)** Restauração em cerômero – inlay;
- uu)** Restauração em cerômero – onlay;
- vv)** Restauração em resina (indireta) – Inlay;
- ww)** Restauração em resina (indireta) – Onlay
- xx)** Panorâmica Especial para ATM;
- yy)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- zz)** Técnica de localização radiográfica;

- aaa) Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- bbb) Provisório para faceta;
- ccc) Provisório para inlay/onlay (cerômero).

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- j) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- k) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.
- l) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **contempla** a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

4.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco**

centavos) e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **não contempla** em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XIX – PLENO PLUS DOC

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **PLENO PLUS DOC;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **476.498/16-6;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Clareamento de dente desvitalizado;
- c) Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- d) Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório);
- e) Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- f) Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório);
- g) Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- h) Coroa 3/4 ou 4/5;
- i) Coroa total em cerâmica pura;
- j) Coroa total em cerômero (dentes posteriores);
- k) Coroa total metalo cerâmica;
- l) Coroa total metalo plástica – cerômero;
- m) Coroa total metalo plástica - resina acrílica;
- n) Coroa Veneer;

- o)** Discrepância de modelos;
- p)** Documentação ortodôntica básica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- q)** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- r)** Documentação ortodôntica completa (panorâmica, telerradiografia, 02 traçados cefalométricos, 07 fotos, modelos ortodônticos e pasta);
- s)** Documentação ortodôntica controle: panorâmica c/ 5 fotos;
- t)** Documentação ortodôntica especial: completa com telerradiografia com traçado frontal, erupção dos 3º molares;
- u)** Documentação ortopédica completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- v)** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- w)** Faceta em cerâmica pura;
- x)** Faceta em cerômero;
- y)** Fotografia;
- z)** Laminado em resina;
- aa)** Mantenedor de espaço fixo;
- bb)** Mantenedor de espaço removível;
- cc)** Manutenção periodontal;
- dd)** Modelos de trabalho;
- ee)** Modelos ortodônticos;
- ff)** Onlay de resina indireta;
- gg)** Órtese miorreloxante (placa oclusal estabilizadora);
- hh)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- ii)** Panorâmica especial para ATM;
- jj)** Placa de acetato para clareamento caseiro;
- kk)** Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);
- ll)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;
- mm)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;
- nn)** Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);
- oo)** Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
- pp)** Prótese parcial fixa em metalo plástica;
- qq)** Prótese parcial fixa in ceran livre de metal (metal free);
- rr)** Prótese parcial fixa provisória;
- ss)** Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão;
- tt)** Prótese parcial removível com grampos bilateral;
 - uu)** Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos;
 - vv)** Prótese total;

- ww)** Prótese total imediata;
- xx)** Prótese total incolor;
- yy)** Provisório para faceta;
- zz)** Provisório para inlay/onlay;
- aaa)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- bbb)** Redução de tuberosidade;
- ccc)** Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório);
- ddd)** Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório);
- eee)** Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- fff)** Restauração em cerâmica pura – inlay;
- ggg)** Restauração em cerâmica pura – onlay;
- hhh)** Restauração em cerômero – inlay;
- iii)** Restauração em cerômero – onlay;
- jjj)** Restauração em resina (indireta) – inlay;
- kkk)** Slide;
- lll)** Técnica de localização radiográfica;
- mmm)** Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- nnn)** Teste de capacidade tampão da saliva;
- ooo)** Teste de contagem microbiológica;
- ppp)** Traçado cefalométrico;
- qqq)** Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
- c) Tratamento com metais preciosos;**
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;**
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;**
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Ortopedia dos maxilares;
- i) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- j) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- k) Procedimento relacionado à Ortodontia, não previsto no plano contratado, inclusive aparelho.
- l) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquias, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

7. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XX – UNIMED ODONTO PLENO TOP SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Odonto Pleno Top sem reembolso e sem coparticipação;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **469.309/13-4;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Aparelho de Klammt;
- b) Aparelho de Thurow;
- c) Aparelho extra-bucal;
- d) Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- e) Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;
- f) Aparelho removível com alças Bionator invertida ou de Escheler;
- g) APM – aparelho de protração mandibular;
- h) Arco lingual;
- i) Barra transpalatina fixa;
- j) Barra transpalatina removível;
- k) Bionator de Balters;
- l) Blocos geminados de Clark – twinblock;
- m) Botão de Nance;
- n) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;

- o)** Clareamento de dente desvitalizado;
- p)** Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- q)** Conserto prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- r)** Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- s)** Coroa 3/4 ou 4/5;
- t)** Coroa total em cerâmica pura;
- u)** Coroa total metalo cerâmica;
- v)** Coroa total metalo plástica – cerômero;
- w)** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- x)** Coroa venner;
- y)** Discrepância de modelos;
- z)** Disjuntor palatino – hirax;
- aa)** Disjuntor palatino – macnamara;
- bb)** Distalizador com mola nitinol;
- cc)** Distalizador de hilgers;
- dd)** Distalizador distal jet;
- ee)** Distalizador pendulo/pendex;
- ff)** Distalizador tipo Jones jig;
- gg)** Documentação ortodôntica básica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- hh)** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- ii)** Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- jj)** Documentação ortodôntica especial: completa com tele e traçado frontal, erup 3ºM;
- kk)** Documentação ortopédica: completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- ll)** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- mm)** Enxerto gengival livre;
- nn)** Enxerto pediculado;
- oo)** Estudo e planejamento ortodôntico;
- pp)** Faceta em cerâmica pura;
- qq)** Faceta em cerômero;
- rr)** Fotografia;
- ss)** Gianelly;
- tt)** Grade palatina fixa;
- uu)** Grade palatina removível;
- vv)** Herbst encapsulado;
- ww)** Laminado em resina;
- xx)** Mantenedor de espaço fixo;
- yy)** Mantenedor de espaço removível;
- zz)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho fixo;

- aaa)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho ortopédico;
- bbb)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho removível;
- ccc)** Manutenção periodontal;
- ddd)** Máscara facial – Delaire e tração reversa;
- eee)** Mentoneira;
- fff)** Modelador elástico de Bimler;
- ggg)** Modelos de trabalho;
- hhh)** Modelos ortodônticos;
- iii)** Monobloco;
- jjj)** Órtese miorreaxante (placa oclusal estabilizadora);
- kkk)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- lll)** Panorâmica especial para ATM;
- mmm)** Pistas diretas de planas – superior e inferior;
- nnn)** Pistas indiretas de planas;
- ooo)** Placa de acetato para clareamento caseiro;
- ppp)** Placa de distalização de molares;
- qqq)** Placa de Hawley;
- rrr)** Placa de Hawley – com torno expensor;
- sss)** Placa de mordida ortodôntica;
- ttt)** Placa de verticalização de caninos;
- uuu)** Placa dupla de Sanders;
- vvv)** Placa encapsulada de Mauricio;
- www)** Placa lábio-ativa;
- xxx)** Placa oclusal resiliente;
- yyy)** Plano anterior fixo;
- zzz)** Plano inclinado;
- aaaa)** Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);
- bbbb)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;
- cccc)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;
- dddd)** Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);
- eeee)** Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
- ffff)** Prótese parcial fixa em metalo plástica;
- gggg)** Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free);
- hhhh)** Prótese parcial fixa provisória;
- iiii)** Prótese parcial removível com encaixes de precisão/semi precisão;
- jjjj)** Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- kkkk)** Prótese parcial removível provisória em acrílico com/sem grampos;
- llll)** Prótese total;
- mmmm)** Prótese total imediata;

nnnn)	Prótese total incolor;
oooo)	Provisório para faceta;
pppp)	Provisório para inlay/onlay (cerômero);
qqqq)	Quadrihelice;
rrrr)	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
ssss)	Recuperador de espaço;
tttt)	Redução de Tuberosidade;
uuuu)	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório);
vvvv)	Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório);
wwwww)	Regulador de função de Frankel;
xxxx)	Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
yyyy)	Restauração em cerâmica pura – inlay;
zzzz)	Restauração em cerâmica pura – onlay;
aaaaa)	Restauração em cerômero – inlay;
bbbbb)	Restauração em cerômero – onlay;
cccc)	Restauração em resina (indireta) – inlay;
dddd)	Restauração em resina (indireta) – onlay;
eeee)	Simões Network;
ffff)	Slide;
gggg)	Splinter;
hhhh)	Técnica de localização radiográfica;
iiii)	Telerradiografia com traçado cefalométrico;
jjjj)	Teste de capacidade tampão da saliva;
kkkk)	Teste de contagem microbiológica;
llll)	Traçado cefalométrico;
mmmm)	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
- c) Tratamento com metais preciosos;**

- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- i) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- j) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **não contempla** a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **não contempla** em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XXI – PLENO TOP COP

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **PLENO TOP COP;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **475.491/16-3;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Aparelho de klammt;
- b) Aparelho de thurow;
- c) Aparelho extra-bucal;
- d) Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- e) Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;
- f) Aparelho removível com alças bionator invertida ou de escheler;
- g) APM – aparelho de protração mandibular;
- h) Arco lingual;
- i) Barra transpalatina fixa;
- j) Barra transpalatina removível;
- k) Bionator de balcers;
- l) Blocos geminados de clark – twinblock;
- m) Botão de nance;
- n) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;

- o)** Clareamento de dente desvitalizado;
- p)** Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- q)** Conserto prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- r)** Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- s)** Coroa 3/4 ou 4/5;
- t)** Coroa total em cerâmica pura;
- u)** Coroa total metalo cerâmica;
- v)** Coroa total metalo plástica – cerômero;
- w)** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- x)** Coroa venner;
- y)** Discrepância de modelos;
- z)** Disjuntor palatino – hirax;
- aa)** Disjuntor palatino – macnamara;
- bb)** Distalizador com mola nitinol;
- cc)** Distalizador de hilgers;
- dd)** Distalizador distal jet;
- ee)** Distalizador pendulo/pendex;
- ff)** Distalizador tipo Jones jig;
- gg)** Documentação ortodôntica básica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- hh)** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- ii)** Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- jj)** Documentação ortodôntica especial: completa com tele e traçado frontal, erup 3ºM;
- kk)** Documentação ortopédica: completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- ll)** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- mm)** Enxerto gengival livre;
- nn)** Enxerto pediculado;
- oo)** Estudo e planejamento ortodôntico;
- pp)** Faceta em cerâmica pura;
- qq)** Faceta em cerômero;
- rr)** Fotografia;
- ss)** Gianelly;
- tt)** Grade palatina fixa;
- uu)** Grade palatina removível;
- vv)** Herbst encapsulado;
- ww)** Laminado em resina;

- xx)** Mantenedor de espaço fixo;
- yy)** Mantenedor de espaço removível;
- zz)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho fixo;
- aaa)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho ortopédico;
- bbb)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho removível;
- ccc)** Manutenção periodontal; Máscara facial – Delaire e tração reversa;
- ddd)** Mentoneira;
- eee)** Modelador elástico de Bimler;
- fff)** Modelos de trabalho;
- ggg)** Modelos ortodônticos;
- hhh)** Monobloco;
- iii)** Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora);
- jjj)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- kkk)** Panorâmica especial para ATM;
- lll)** Pistas diretas de planas – superior e inferior;
- mmm)** Pistas indiretas de planas;
- nnn)** Placa de acetato para clareamento caseiro;
- ooo)** Placa de distalização de molares;
- ppp)** Placa de Hawley;
- qqq)** Placa de Hawley – com torno expansor;
- rrr)** Placa de mordida ortodôntica;
- sss)** Placa de verticalização de caninos;
- ttt)** Placa dupla de Sanders;
- uuu)** Placa encapsulada de Mauricio;
- vvv)** Placa lábio-ativa;
- www)** Placa oclusal resiliente;
- xxx)** Plano anterior fixo;
- yyy)** Plano inclinado;
- zzz)** Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);
- aaaa)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;
- bbbb)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;
- cccc)** Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);
- dddd)** Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
- eeee)** Prótese parcial fixa em metalo plástica;
- ffff)** Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free);
- gggg)** Prótese parcial fixa provisória;
- hhhh)** Prótese parcial removível com encaixes de precisão/semi precisão;
- iiii)** Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- jjjj)** Prótese parcial removível provisória em acrílico com/sem grampos;

kkkk)	Prótese total;
llll)	Prótese total imediata;
mmmm)	Prótese total incolor;
nnnn)	Provisório para faceta;
oooo)	Provisório para inlay/onlay (cerômero);
pppp)	Quadrihelice;
qqqq)	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
rrrr)	Recuperador de espaço;
ssss)	Redução de Tuberosidade;
tttt)	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório);
uuuu)	Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório);
vvvv)	Regulador de função de Frankel;
wwwv)	Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
xxxx)	Restauração em cerâmica pura – inlay;
yyyy)	Restauração em cerâmica pura – onlay;
zzzz)	Restauração em cerômero – inlay;
aaaaa)	Restauração em cerômero – onlay;
bbbbb)	Restauração em resina (indireta) – inlay;
cccc)	Restauração em resina (indireta) – onlay;
ddddd)	Simões network;
eeee)	Slide;
ffff)	Splinter;
ggggg)	Técnica de localização radiográfica;
hhhhh)	Telerradiografia com traçado cefalométrico;
iiii)	Teste de capacidade tampão da saliva;
jjjj)	Teste de contagem microbiológica;
kkkkk)	Traçado cefalométrico;
lllll)	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**

- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- c) Tratamento com metais preciosos;
- d) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- i) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- j) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico contempla em suas características coparticipação como mecanismos financeiros de regulação, que consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados, cujo percentual será aquele definido na **Proposta de Contratação**.

5.2. No caso de reembolso de despesas de urgência ou emergência realizadas fora da Rede Referenciada, nos termos da cláusula VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA da Condição Geral, assim como nos casos de reembolso de despesas decorrentes da livre escolha de prestadores quando contratada nos termos da cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES também da Condição Geral, os valores relativos à coparticipação **serão deduzidos dos valores a serem pagos aos Beneficiários**.

5.3. Quando aplicada a coparticipação os valores **serão de responsabilidade e cobrados do CONTRATANTE** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Beneficiários.

5.4. O valor ou percentual da coparticipação não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Beneficiário ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XXII – UNIMED ODONTO PLENO TOP COM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

6. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- h) Nome do Produto: Unimed Odonto Pleno Top com reembolso e sem coparticipação;**
- i) Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;**
- j) Número Registro ANS: 469.310/13-8;**
- k) Segmentação Assistencial: Odontológico;**
- l) Área Geográfica de Abrangência: Nacional;**
- m) Área de Atuação do Plano de Saúde: Nacional;**
- n) Formação do Preço: Pré-estabelecido.**

7. COBERTURAS COMPLEMENTARES

7.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

7.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Aparelho de Klammt;**
- b) Aparelho de Thurow;**
- c) Aparelho extra-bucal;**
- d) Aparelho ortodôntico fixo metálico;**
- e) Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;**
- f) Aparelho removível com alças Bionator invertida ou de Escheler;**
- g) APM – aparelho de protração mandibular;**
- h) Arco lingual;**
- i) Barra transpalatina fixa;**
- j) Barra transpalatina removível;**
- k) Bionator de Balters;**
- l) Blocos geminados de Clark – twinblock;**
- m) Botão de Nance;**
- n) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;**
- o) Clareamento de dente desvitalizado;**

- p)** Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- q)** Conserto prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- r)** Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- s)** Coroa 3/4 ou 4/5;
- t)** Coroa total em cerâmica pura;
- u)** Coroa total metalo cerâmica;
- v)** Coroa total metalo plástica – cerômero;
- w)** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- x)** Coroa Veneer;
- y)** Discrepância de modelos;
- z)** Disjuntor palatino – Hyrax;
- aa)** Disjuntor palatino – Macnamara;
- bb)** Distalizador com mola nitinol;
- cc)** Distalizador de Hilgers;
- dd)** Distalizador Distal Jet;
- ee)** Distalizador pendulo/pendex;
- ff)** Distalizador tipo Jones Jig;
- gg)** Documentação ortodôntica básica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- hh)** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- ii)** Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- jj)** Documentação ortodôntica especial: completa com tele e traçado frontal, erupção de 3º molares;
- kk)** Documentação ortopédica: completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- ll)** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- mm)** Enxerto gengival livre;
- nn)** Enxerto pediculado;
- oo)** Estudo e planejamento ortodôntico;
- pp)** Faceta em cerâmica pura;
- qq)** Faceta em cerômero;
- rr)** Fotografia;
- ss)** Gianelly;
- tt)** Grade palatina fixa;
- uu)** Grade palatina removível;
- vv)** Herbst encapsulado;
- ww)** Laminado em resina;
- xx)** Mantenedor de espaço fixo;
- yy)** Mantenedor de espaço removível;

- zz)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho fixo;
aaa) Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho ortopédico;
bbb) Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho removível;
ccc) Manutenção periodontal;
ddd) Máscara facial – Delaire e tração reversa;
eee) Mentoneira;
fff) Modelador elástico de Bimler;
ggg) Modelos de trabalho;
hhh) Modelos ortodônticos;
iii) Monobloco;
jjj) Órtese miorreaxante (placa oclusal estabilizadora);
kkk) Panorâmica + modelos ortodônticos;
lll) Panorâmica especial para ATM;
mmm) Pistas diretas de planas – superior e inferior;
nnn) Pistas indiretas de planas;
ooo) Placa de acetato para clareamento caseiro;
ppp) Placa de distalização de molares;
qqq) Placa de Hawley;
rrr) Placa de Hawley – com torno expensor;
sss) Placa de mordida ortodôntica;
ttt) Placa de verticalização de caninos;
uuu) Placa dupla de Sanders;
vvv) Placa encapsulada de Mauricio;
www) Placa lábio-ativa;
xxx) Placa oclusal resiliente;
yyy) Plano anterior fixo;
zzz) Plano inclinado;
aaaa) Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);
bbbb) Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;
cccc) Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;
dddd) Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);
eeee) Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
ffff) Prótese parcial fixa em metalo plástica;
gggg) Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free);
hhhh) Prótese parcial fixa provisória;
iiii) Prótese parcial removível com encaixes de precisão/semi precisão;
jjjj) Prótese parcial removível com grampos bilateral;
kkkk) Prótese parcial removível provisória em acrílico com/sem grampos;
llll) Prótese total;

- mmmm)** Prótese total imediata;
- nnnn)** Prótese total incolor;
- oooo)** Provisório para faceta;
- pppp)** Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- qqqq)** Quadrihelice;
- rrrr)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- ssss)** Recuperador de espaço;
- tttt)** Redução de Tuberosidade;
- uuuu)** Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório);
- vvvv)** Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório);
- wwwv)** Regulador de função de Frankel;
- xxxx)** Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- yyyy)** Restauração em cerâmica pura – inlay;
- zzzz)** Restauração em cerâmica pura – onlay;
- aaaaa)** Restauração em cerômero – inlay;
- bbbbb)** Restauração em cerômero – onlay;
- cccc)** Restauração em resina (indireta) – inlay;
- dddd)** Restauração em resina (indireta) – onlay;
- eeee)** Simões network;
- ffff)** Slide;
- ggggg)** Splinter;
- hhhhh)** Técnica de localização radiográfica;
- iiii)** Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- jjjjj)** Teste de capacidade tampão da saliva;
- kkkkk)** Teste de contagem microbiológica;
- llll)** Traçado cefalométrico;
- mmmmm)** Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

8. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

8.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- m) Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**
- n) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
- o) Tratamento com metais preciosos;**

- p) Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- q) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- r) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- s) Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- t) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- u) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- v) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

9. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

9.1. Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

9.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

10.1. Este plano odontológico não contempla em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

11. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XXIII – PLENO TOP COP RB

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a. Nome do Produto: **PLENO TOP COP RB;**
- b. Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c. Número Registro ANS: **479.034/17-1;**
- d. Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e. Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f. Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g. Formação do Preço: **Pré-estabelecido.**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a. Aparelho de Klammt;
- b. Aparelho de Thurow;
- c. Aparelho extra-bucal;
- d. Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- e. Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;
- f. Aparelho removível com alças Bionator invertida ou de Escheler;
- g. APM – aparelho de prostração mandibular;
- h. Arco lingual;
- i. Barra transpalatina fixa;
- j. Barra transpalatina removível;
- k. Bionator de balcers;
- l. Blocos geminados de Clark – twinblock;
- m. Botão de Nance;
- n. Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;

- o.** Clareamento de dente desvitalizado;
- p.** Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- q.** Conserto prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- r.** Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- s.** Coroa 3/4 ou 4/5;
- t.** Coroa total em cerâmica pura;
- u.** Coroa total metalo cerâmica;
- v.** Coroa total metalo plástica – cerômero;
- w.** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- x.** Coroa venner;
- y.** Discrepância de modelos;
- z.** Disjuntor palatino – hirax;
- aa.** Disjuntor palatino – macnamara;
- bb.** Distalizador com mola nitinol;
- cc.** Distalizador de hilgers;
- dd.** Distalizador distal jet;
- ee.** Distalizador pendulo/pendex;
- ff.** Distalizador tipo Jones jig;
- gg.** Documentação ortodôntica básica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- hh.** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- ii.** Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- jj.** Documentação ortodôntica especial: completa com tele e traçado frontal, erupção de 3º molares;
- kk.** Documentação ortopédica: completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- ll.** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- mm.** Enxerto gengival livre;
- nn.** Enxerto pediculado;
- oo.** Estudo e planejamento ortodôntico;
- pp.** Faceta em cerâmica pura;
- qq.** Faceta em cerômero;
- rr.** Fotografia;
- ss.** Gianelly;
- tt.** Grade palatina fixa;
- uu.** Grade palatina removível;
- vv.** Herbst encapsulado;
- ww.** Laminado em resina;
- xx.** Mantenedor de espaço fixo;

- yy.** Mantenedor de espaço removível;
- zz.** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho fixo;
- aaa.** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho ortopédico;
- bbb.** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho removível;
- ccc.** Manutenção periodontal;
- ddd.** Máscara facial – Delaire e tração reversa;
- eee.** Mentoneira;
- fff.** Modelador elástico de Bimler;
- ggg.** Modelos de trabalho;
- hhh.** Modelos ortodônticos;
- iii.** Monobloco;
- jjj.** Órtese miorreaxante (placa oclusal estabilizadora);
- kkk.** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- lll.** Panorâmica especial para ATM;
- mmm.** Pistas diretas de planas – superior e inferior;
- nnn.** Pistas indiretas de planas;
- ooo.** Placa de acetato para clareamento caseiro;
- ppp.** Placa de distalização de molares;
- qqq.** Placa de Hawley;
- rrr.** Placa de Hawley – com torno expensor;
- sss.** Placa de mordida ortodôntica;
- ttt.** Placa de verticalização de caninos;
- uuu.** Placa dupla de Sanders;
- vvv.** Placa encapsulada de Mauricio;
- www.** Placa lábio-ativa;
- xxx.** Placa oclusal resiliente;
- yyy.** Plano anterior fixo;
- zzz.** Plano inclinado;
- aaaa.** Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);
- bbbb.** Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;
- cccc.** Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;
- dddd.** Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);
- eeee.** Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
- ffff.** Prótese parcial fixa em metalo plástica;
- gggg.** Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free);
- hhhh.** Prótese parcial fixa provisória;
- iiii.** Prótese parcial removível com encaixes de precisão/semi precisão;
- jjjj.** Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- kkkk.** Prótese parcial removível provisória em acrílico com/sem grampos;

- IIII. Prótese total;
- mmmm. Prótese total imediata;
- nnnn. Prótese total incolor;
- oooo. Provisório para faceta;
- pppp. Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- qqqq. Quadrihelice;
- rrrr. Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- ssss. Recuperador de espaço;
- tttt. Redução de Tuberosidade;
- uuuu. Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório);
- vvvv. Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório);
- wwww. Regulador de função de Frankel;
- xxxx. Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- yyyy. Restauração em cerâmica pura – inlay;
- zzzz. Restauração em cerâmica pura – onlay;
- aaaaa. Restauração em cerômero – inlay;
- bbbbb. Restauração em cerômero – onlay;
- ccccc. Restauração em resina (indireta) – inlay;
- ddddd. Restauração em resina (indireta) – onlay;
- eeeee. Simões network;
- fffff. Slide;
- ggggg. Splinter;
- hhhhh. Técnica de localização radiográfica;
- iiii. Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- jjjjj. Teste de capacidade tampão da saliva;
- kkkkk. Teste de contagem microbiológica;
- IIII. Traçado cefalométrico;
- mmmmm. Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a. Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- b. Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;

- c. Tratamento com metais preciosos;
- d. Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- e. Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- f. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g. Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- h. Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- i. Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- j. Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

4.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1 Este plano odontológico contempla em suas características coparticipação como mecanismos financeiros de regulação, que consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados, cujo percentual será aquele definido na Proposta de Contratação.

5.2 No caso de reembolso de despesas de urgência ou emergência realizadas fora da Rede Referenciada, nos termos da cláusula VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA da Condição Geral, assim como nos casos de reembolso de despesas decorrentes da livre escolha de prestadores quando contratada nos termos da cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE

PRESTADORES também da Condição Geral, os valores relativos à coparticipação **serão deduzidos dos valores a serem pagos aos Beneficiários.**

5.3 Quando aplicada a coparticipação os valores **serão de responsabilidade e cobrados do CONTRATANTE** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Beneficiários.

5.4 O valor ou percentual da coparticipação não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Beneficiário ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XXIV – PLENO PLUS ESTÉTICO RB EMP

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Pleno Plus Estético RB EMP;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **504.446/25-4;**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Área de Atuação do Plano de Saúde: **Nacional;**
- g) Formação do Preço: **Pré-estabelecido**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- b) Redução de Tuberosidade;
- c) Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- d) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- e) Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- f) Mantenedor de espaço fixo;
- g) Mantenedor de espaço removível;
- h) Clareamento de dente desvitalizado;
- i) Enxerto conjuntivo subepitelial;
- j) Enxerto gengival livre;
- k) Enxerto pediculado;
- l) Manutenção periodontal;
- m) Teste de capacidade tampão da saliva;
- n) Teste de contagem microbiológica;

- o) Conserto prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- p) Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- q) Coroa 3/4 ou 4/5;
- r) Coroa total em cerâmica pura;
- s) Coroa total metalo cerâmica;
- t) Coroa total metalo plástica – cerômero;
- u) Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- v) Coroa venner;
- w) Faceta em cerâmica pura;
- x) Faceta em cerômero;
- y) Laminado em resina;
- z) Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora);
- aa) Placa de acetato para clareamento caseiro;
- bb) Prótese parcial removível com encaixes de precisão/semi precisão;
- cc) Prótese parcial removível provisória em acrílico com/sem grampos;
- dd) Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- ee) Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);
- ff) Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;
- gg) Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;
- hh) Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);
- ii) Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
- jj) Prótese parcial fixa em metalo plástica;
- kk) Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free);
- ll) Prótese parcial fixa provisória;
- mm) Prótese total;
- nn) Prótese total imediata;
- oo) Prótese total incolor;
- pp) Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório);
- qq) Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório);
- rr) Restauração em cerâmica pura – inlay;
- ss) Restauração em cerâmica pura – onlay;
- tt) Restauração em cerômero – inlay;
- uu) Restauração em cerômero – onlay;
- vv) Restauração em resina (indireta) – Inlay;
- ww) Restauração em resina (indireta) – Onlay
- xx) Panorâmica Especial para ATM;
- yy) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- zz) Técnica de localização radiográfica;

- aaa) Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- bbb) Provisório para faceta;
- ccc) Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- ddd) Implante ósseo integrado;
- eee) Remoção de implante dentário não ósseo integrado;
- fff) Enxerto com osso liofilizado;
- ggg) Levantamento do seio maxilar com osso autógeno;
- hhh) Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado;
- iii) Levantamento do seio maxilar com osso homólogo;
- jjj) Coroa provisória sobre implante;
- kkk) Coroa total metalo cerâmica sobre implante;
- lll) Coroa total metalo plástica sobre implante – cerômero;
- mmm) Coroa Total Metaloplástica Sobre Implante – Resina Acrílica;
- nnn) Coroa provisória sobre implante com carga imediata;
- ooo) Manutenção de prótese sobre implantes;
- ppp) Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes;
- qqq) Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes;
- rrr) Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes;
- sss) Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam;
- ttt) Reabertura - Colocação de cicatrizador;
- uuu) Tratamento de perimplantite por implante;
- vvv) Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua;
- www) Enxerto com osso autógeno do mento;
- xxx) Tomografia convencional – linear ou multi-direcional;
- yyy) Clareamento dentário caseiro;
- zzz) Clareamento dentário de consultório.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- a. Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;**
- b. Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
- c. Tratamento com metais preciosos;**
- d. Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;**

- e. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- f. Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- g. Ortopedia dos maxilares;
- h. Procedimento relacionado à Ortodontia, não previsto no plano contratado, inclusive aparelho, manutenções e documentações ortodônticas.
- i. Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **contempla** a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Beneficiário exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral, observado o múltiplo de reembolso previsto na **Proposta de Contratação**.

4.2. O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de **R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos)** e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos beneficiários conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO – COPARTICIPAÇÃO

5.1. Este plano odontológico **não contempla** em suas características quaisquer mecanismos financeiros de regulação, assim entendida eventual coparticipação ou franquia, não havendo assim, cobrança de parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados.

6. Os demais dispositivos constantes no presente Anexo, parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial permanecem válidos, ressalvado que em caso de eventual conflito deverão ser observados os dispositivos constantes no presente Anexo.

ANEXO XXV – UNIMED ALINHADOR FR EMP

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, firmado com a CONTRATANTE indicada na **Proposta de Contratação** por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) Nome do Produto: **Unimed Alinhador FR EMP;**
- b) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: **505.705/25-1**
- d) Segmentação Assistencial: **Odontológico;**
- e) Área Geográfica de Abrangência: **Nacional;**
- f) Formação do Preço: **Pré-estabelecido**

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

2.1 Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2 Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

- a) Aparelho alinhador
- b) Aparelho de klammt
- c) Aparelho de protração mandibular - apm
- d) Aparelho de thurow
- e) Aparelho extra-bucal
- f) Aparelho ortodôntico fixo metálico
- g) Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial
- h) Aparelho ortopédico
- i) Aparelho removível com alças bionator invertida ou de escheler
- j) Arco lingual
- k) Barra transpalatina fixa
- l) Barra transpalatina removível
- m) Bionator de balcers
- n) Blocos geminados de clark – twinblock
- o) Botão de nance
- p) Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
- q) Clareamento de dente desvitalizado
- r) Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
- s) Contenção fixa por arcada, em ortodontia

- t) Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
- u) Discrepância de modelos
- v) Disjuntor palatino - hirax
- w) Disjuntor palatino - macnamara
- x) Distalizador com mola nitinol
- y) Distalizador de hilgers
- z) Distalizador distal jet
- aa) Distalizador pendulo/pendex
- bb) Distalizador tipo jones jig
- cc) Documentação alinhador
- dd) Documentação ortodôntica básica
- ee) Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra)
- ff) Documentação ortodôntica completa (panorâmica, telerradiografia, 02 traçados cefalométricos, 07 fotos, modelos ortodônticos e pasta)
- gg) Documentação ortodôntica controle: panorâmica c/ 5 fotos
- hh) Documentação ortodôntica de controle
- ii) Documentação ortodôntica especial: completa com telerradiografia com traçado frontal, erupção dos 3º molares
- jj) Documentação ortopédica completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos
- kk) Enxerto conjuntivo subepitelial
- ll) Escaneamento oral
- mm) Estudo e planejamento ortodôntico
- nn) Fotografia
- oo) Gianelly
- pp) Grade palatina fixa
- qq) Grade palatina removível
- rr) Herbst encapsulado
- ss) Mantenedor de espaço fixo
- tt) Mantenedor de espaço removível
- uu) Manutenção de alinhador
- vv) Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo
- ww) Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico
- xx) Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível
- yy) Mentoneira
- zz) Modelos de trabalho
- aaa) Modelos ortodônticos
- bbb) Monobloco
- ccc) Panorâmica + modelos ortodônticos
- ddd) Panorâmica especial para atm

- eee) Placa de distalização de molares
- fff) Placa de hawley
- ggg) Placa de hawley - com torno expensor
- hhh) Placa de mordida ortodôntica
- iii) Placa de verticalização de caninos
- jjj) Placa encapsulada de maurício
- kkk) Placa lábio-ativa
- lll) Plano anterior fixo
- mmm) Plano inclinado
- nnn) Quadrihélice
- ooo) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
- ppp) Recuperador de espaço
- qqq) Redução de tuberosidade
- rrr) Remoção de corpo estranho no seio maxilar
- sss) Slide
- ttt) Técnica de localização radiográfica
- uuu) Telerradiografia e Telerradiografia com traçado cefalométrico
- vvv) Teste de capacidade tampão da saliva
- www) Teste de contagem microbiológica
- xxx) Traçado cefalométrico
- yyy) Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para este plano odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- n)** Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela Operadora;
- o)** Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- p)** Tratamento com metais preciosos;
- q)** Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- r)** Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- s)** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- t)** Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;
- u)** Todos os procedimentos de prótese dentária;

- v) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- w) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.
- x) Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.

4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico não contempla a livre escolha de prestadores e não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), ressalvado que os atendimentos cobertos serão realizados exclusivamente através da Rede Credenciada da CONTRATADA.

5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO - FRANQUIA

5.1. Este plano odontológico contempla em suas características franquia como mecanismo financeiro de regulação, que consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes aos procedimentos odontológicos realizados, cujo percentual (%) será informado abaixo na TABELA DE FRANQUIAS ODONTOLÓGICAS constante no presente Contrato e no Manual do Beneficiário disponibilizado no Portal Cliente na área logada.

5.2. No caso de reembolso de despesas de urgência ou emergência realizadas fora da Rede Referenciada, nos termos da cláusula VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA das Condições Gerais, assim como nos casos de reembolso de despesas decorrentes da livre escolha de prestadores quando contratada nos termos da cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES também das Condições Gerais, os valores relativos à franquia serão deduzidos dos valores a serem pagos aos Beneficiários.

5.3. Quando aplicada a franquia os valores serão de responsabilidade e cobrados do BENEFICIÁRIO no ato da execução do procedimento diretamente ao prestador conforme valor mencionado na TABELA DE FRANQUIAS ODONTOLÓGICAS, que discrimina os percentuais (%) por serviço a ser utilizado pelos Beneficiários.

5.4. O valor da franquia não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Beneficiário ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

TABELA DE FRANQUIAS ODONTOLÓGICAS

ESPECIALIDADE	CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO	% PROCEDIMENTO
ORTODONTIA	91000181	MANUTENÇÃO DE ALINHADOR	R\$ 84,00

ANEXO XXVI – SERVIÇO E COBERTURA ADICIONAL - ATENDIMENTO DOMICILIAR DE URGÊNCIA

O presente Anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial desde que contratado e firmado com a CONTRATANTE conforme opção prevista na Proposta de Contratação por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

O presente Serviço e Cobertura Adicional é EXCLUSIVO para o atendimento odontológico dos procedimentos discriminados no item 2 abaixo.

1. CARACTERÍSTICAS DA COBERTURA

- 1.1.** Quando contratadas adicionalmente pelo CONTRATANTE as coberturas previstas no presente Anexo, conforme opção prevista na Proposta de Contratação, tem por objetivo garantir o atendimento odontológico de urgência e emergência domiciliar, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, a ser realizado no local indicado pelo beneficiário, por meio de prestador de serviços/profissional habilitado e contratado pela OPERADORA, com a possibilidade de atendimento com equipamentos portáteis, desde que em município integrante ao da área geográfica de abrangência do produto contratado.
- 1.2.** A OPERADORA reserva-se o direito de substituir o prestador de serviços/profissional habilitado, a qualquer tempo sem prévio aviso ao CONTRATANTE por tratar-se de um serviço adicional.
- 1.3.** O atendimento de urgência/emergência domiciliar previsto no presente Anexo será prestado a todos os beneficiários vinculados ao Plano Odontológico contratado e não poderão ser transferidos a terceiros, podendo o prestador de serviços solicitar documento de identificação conforme previsto nas Condições Gerais do Contrato.
- 1.4.** Para consecução das coberturas previstas no presente Anexo deverão os beneficiários acionar a Central de Atendimento da OPERADORA através do telefone de contato 0800 9 428 428, ou outro canal de atendimento que venha substituí-lo conforme informações que constarão do portal da OPERADORA na internet no endereço www.unimedodontocom.br.
- 1.5.** O atendimento será prestado desde que o local indicado pelo beneficiário não comprometa ou ponha em risco a segurança e integridade física do prestador de

serviço/profissional habilitado e ofereça condições de acessibilidade para prestação do serviço, sob pena de não ser possível a realização do atendimento, sendo necessário o encaminhamento do beneficiário para uma unidade fixa de suporte.

- 1.6.** Será realizada uma pré-avaliação para analisar a necessidade clínica do beneficiário e identificado que se trata de atendimento complexo, havendo a necessidade de disponibilização de maior aparato técnico, não sendo possível o atendimento com os equipamentos portáteis disponibilizados pelo atendimento odontológico de urgência e/ou emergência domiciliar, o beneficiário será encaminhado a uma unidade fixa de suporte.

2. DAS COBERTURAS

- 2.1.** O atendimento ocorrerá somente no caso de urgência e/ou emergência, exclusivamente para os procedimentos abaixo discriminados:

- a)** Recolocação de restauração anterior;
- b)** Sedação da dor;
- c)** Controle de sangramento;
- d)** Recolocação de próteses;
- e)** Fixação de elemento dentário ocasionado por trauma decorrente de acidente;
- f)** Imobilização dentária temporária;
- g)** Recimentação de trabalho protético;
- h)** Tratamento de alveolite;
- i)** Colagem de fragmentos;
- j)** Reimplante de dente avulsionado;
- k)** Hemorragia bucal/labial;
- l)** Odontalgia aguda;
- m)** Pulpectomia;
- n)** Imobilização dentária;
- o)** Incisão e drenagem de abscesso extraoral;
- p)** Incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- q)** Exodontia simples (Extração);
- r)** Capeamento Direto e Indireto;
- s)** Pulpotomia;
- t)** Suturas;
- u)** Curativos, pós-operatório.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula VI – EXCLUSÕES DE COBERTURA constante na Condição Geral, para as coberturas previstas no presente Anexo também estão excluídos:

- a) Atendimento domiciliar odontológico de urgência e emergência para quaisquer outros procedimentos que não os expressamente elencados na cláusula 2 do presente Anexo;**
- b) Casos psiquiátricos;**
- c) Tratamentos odontológicos em casos de acidente de trabalho;**
- d) Tratamentos odontológicos oriundos de acidentes provocados por esporte de risco como, por exemplo, ultraleve, boxe, entre outros;**
- e) Doenças congênitas;**
- f) Doenças periodontais crônicas;**
- g) Problemas de ATM (Articulação Têmpora Mandibular);**
- h) Cirurgias para eliminação de lesões benignas ou malignas existentes na cavidade oral;**
- i) Cirurgias de implante e reimplante osteointegráveis e transplante de unidades dentárias;**
- j) Tratamentos ambulatoriais das especialidades: cirurgia oral maior e menor, periodontia, dentística operatória, ortodontia, odontopediatria e endodontia; e**
- k) Cirurgias que exijam hospitalização e/ou anestesia geral.**

4. As coberturas para atendimento previstas no presente Anexo vigorarão pelo mesmo prazo de vigência do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial firmado pelo CONTRATANTE, sendo rescindido automaticamente com o fim de vigência, rescisão ou cancelamento do mesmo, observadas as hipóteses de suspensão das coberturas conforme previsto na cláusula XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO das Condições Gerais.

5. O presente serviço e cobertura adicional poderá ser resilido por qualquer das partes, imotivadamente, mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

6. No que for cabível, aplica-se ao presente anexo as mesmas regras e disposições constantes da Proposta de Contratação e nas Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico – Coletivo Empresarial e em caso de eventual conflito, prevalecerão os dispositivos constantes no presente Anexo.

TERMO I – BENEFÍCIO TELEORIENTAÇÃO MÉDICA 24H

O presente Termo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial firmado com a CONTRATANTE conforme benefício atrelado ao produto e ratifica as características do plano contratado, pelo prestador de serviços de Pronto Atendimento Médico 24h, via Telemedicina.

1. CARACTERÍSTICAS DA COBERTURA

- 1.1.** Quando adquirido o plano odontológico pelo CONTRATANTE, o beneficiário terá direito às coberturas previstas no presente Termo, como benefício atrelado ao produto, e tem por objetivo garantir o pronto-atendimento médico em regime 24horas, exclusivamente nas especialidades Clínica Geral e Pediatria, via telemedicina, aos beneficiários da OPERADORA, por intermédio de prestador contratado por esta última.
- 1.2.** A OPERADORA reserva-se ao direito de substituir o prestador de serviços/profissional habilitado, a qualquer tempo sem prévio aviso ao CONTRATANTE por tratar-se de um benefício atrelado ao produto.
- 1.3.** O benefício de Atendimento de Teleorientação Médica 24h previsto no presente Termo será prestado a todos os beneficiários vinculados ao Plano Odontológico contratado e não poderão ser transferidos a terceiros, podendo o prestador de serviços solicitar documento de identidade ou informações de identificação para validação de elegibilidade ao atendimento.
- 1.4.** O dependente menor de idade terá seu acesso à plataforma vinculado ao cadastro do titular e deverá estar acompanhado do seu responsável legal. Por sua vez, os dependentes maiores de idade disporão de acessos próprios e individualizados.
- 1.5.** Para a utilização da prestação de serviço previstas no presente Termo, os beneficiários deverão acessar o aplicativo ou o portal da OPERADORA no acesso da área logada do cliente, na internet, no endereço www.unimedodonto.com.br e acessar a plataforma de Teleorientação Médica 24h.
- 1.6.** O beneficiário será direcionado à plataforma online do Pronto Atendimento Médico acessará o serviço através do atendimento ONLINE, para consulta por vídeo em tempo real, oportunidade em que será analisada a necessidade clínica do beneficiário.
- 1.7.** Sendo identificado pelo profissional médico de que se trata de atendimento complexo, sendo necessária a disponibilização de maior aparato técnico, ou não sendo possível o

atendimento com os recursos de urgência e/ou emergência em telemedicina, o beneficiário será orientado a procurar um recurso médico-hospitalar para melhor avaliação.

2. DAS COBERTURAS

2.1. O atendimento ocorrerá somente no caso de urgência e/ou emergência, exclusivamente via Telemedicina para consultas com o médico Clínico Geral ou Pediatra.

3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS

3.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS da cobertura e da responsabilidade da CONTRATADA, no âmbito deste benefício de Pronto Atendimento por Telemedicina:

l) atendimentos de Urgência e Emergência com Risco Iminente de Vida: Quaisquer condições clínicas que configurem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis, conforme definição legal, devendo o beneficiário, nestes casos, buscar imediatamente o atendimento presencial em pronto-socorro ou hospitalar.

m) Casos psiquiátricos;

4. As coberturas para atendimento previstas no presente Termo vigorarão pelo mesmo prazo de vigência do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial firmado pelo CONTRATANTE, sendo rescindido automaticamente com o fim de vigência, rescisão ou cancelamento do mesmo, observadas as hipóteses de suspensão das coberturas conforme previsto na cláusula XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO das Condições Gerais.

A Unimed Odonto é uma
empresa Seguros Unimed.

Unimed
ODONTO



SEGUROS
Unimed



Unimed Saúde e Odonto S.A. – CNPJ/MF: 10.414.182/0001-09
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – Cerqueira César – CEP: 01410-901 – São Paulo – SP
Central de Relacionamento e SAC: 0800 9 428 428 – SAC Opção 3
Ouvidoria: acesse nosso site ou ligue 0800 001 2565
Unimed Odonto CRO/SP nº 13666 | RT – R. M. Faria – CRO/SP nº 86685
Acessibilidade e mais informações: www.unimedodontocom.br

FO - 1091 V19

ANS - Nº 41.680-1

DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA

Sr(a). ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO

RUA 5 92 - Industrial

Cep. 61925-040 - Maracanaú - CE

Contrato: 312606

Prezado(a) Senhor(a),

A UNIMED SAUDE E ODONTO S.A., pessoa jurídica de direito privado, CNPJ: 10.414.182/0001-09 inscrita na ANS sob o n. 41.680-1, vem respeitosamente perante Vossa Senhoria, fornecer as informações solicitadas em 06/10/2026, conforme abaixo:

Figura Vossa Senhoria ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO, nascido em 10/07/1990, portador do CPF nº 037.363.803-56, desde 20/08/2025, como beneficiário titular do contrato N° 312606, firmado em 20/08/2025. Com atendimento até 06/11/2026.

Figura(m) como beneficiário(s) dependente(s) no mesmo contrato firmado em 20/08/2025:

ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO, nascido em 10/07/1990, portador do CPF nº 037.363.803-56, com ingresso no plano em 20/08/2025. Com atendimento até 06/11/2026.

CLEDILEUSA CANDIDO MARTINS RIBEIRO, nascido em 08/11/1965, portador do CPF nº 307.319.683-87, com ingresso no plano em 20/08/2025. Com atendimento até 06/11/2026.

JOSE MARIA ALVES RIBEIRO, nascido em 09/09/1966, portador do CPF nº 307.316.153-87, com ingresso no plano em 20/08/2025. Com atendimento até 06/11/2026.

CALEBE CANDIDO ABREU, nascido em 25/01/2023, portador do CPF nº 126.942.553-61, com ingresso no plano em 20/08/2025. Com atendimento até 06/11/2026.

ANTONIO ROMARIO DE ABREU CARDOSO, nascido em 25/03/1994, portador do CPF nº 067.095.153-62, com ingresso no plano em 20/08/2025. Com atendimento até 06/11/2026.

Possui(em) o produto PLENO (SEM ORTO) EMPRESARIAL, com registro RPS de nº 468729139, Tipo de contratação PME, segmentação Odontológico com área de abrangência geográfica Nacional.

Esse documento se aplica para fins de informações sobre a atual situação do BENEFICIÁRIO no plano de saúde acima mencionado.

Atenciosamente,

Gestão do Cliente - Unimed Odonto

São Paulo, 06 de Outubro de 2026.

Declaração para fins de Portabilidade de Carências

Declaramos para fins de Portabilidade e Carências, que o Sr.(a). Anne Clea Candido Martins Ribeiro é beneficiário(a) do plano de assistência odontológica, com a Unimed Saude E Odonto S.A. pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ: 10.414.182/0001-09 e na ANS sob nº41.680-1, nas condições abaixo discriminadas:

Contrato regulamentado ou adaptado pela Lei 9656/98?	(X) SIM () NÃO
Condição do segurado no contrato saúde referência:	
Nome Beneficiário:	Anne Clea Candido Martins Ribeiro
Código:	900.0000.433083-4001
CPF:	037.363.803-56
Data Nascimento:	10/07/1990
Tipo Contratação:	Coletivo Empresarial com Patrocínio
Adimplente?	(X)Sim ()Não
Data de adesão do beneficiário:	20/08/2025
Plano:	354 - Pleno (Sem Orto) Empresarial desde 20/08/2025
Registro do Plano na ANS:	468729139
Segmentação:	Odontologico
Abrangência:	Nacional
Período de permanência no plano:	1 Ano(s) e 1 Mes(es) e 17 Dia(s)
Se ingressou no plano via Portabilidade	() SIM (X) NÃO
Mudou de plano na mesma operadora:	() SIM (X) NÃO

Caso seja exercida a portabilidade de carências e esta venha a ser aceita pela Operadora de Destino, Vossa Senhoria deverá solicitar o cancelamento do seguro saúde junto a presente Seguradora, no prazo de até 05 (cinco) dias contados da data de início de vigência do novo contrato, conforme regulamentação vigente.

Conforme descrito no artigo 8º da RN 438, a portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo do beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, nas seguintes hipóteses:

I - Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;

II - Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009;

III - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante

Atenciosamente,
Unimed Saude E Odonto S.A.

Assinatura do(a) Beneficiário(a)



Fabiola Guedes Freitas <fabiola.freitas@unimedodonto.com.br>

Enc: Re: Enc: Concluído: Carta de Cancelamento - Seguro Odontológico

1 mensagem

Fabiola Freitas do(a) Unimed Seguradora S.A.

2 de outubro de 2026 às

<relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br>

14:58

Responder a: "Fabiola Freitas do(a) Unimed Seguradora S.A." <relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br>

Para: fabiola.freitas@unimedodonto.com.br

Atenciosamente,

Fabiola FreitasRelacionamento Executivo Odonto relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br

Telefone: (11) 94260-9915

www.unimedodonto.com.br

----- Mensagem encaminhada -----

De: "Fabiola Freitas do(a) Unimed Seguradora S.A." <relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br>

Data: quinta-feira, 1 de outubro de 2026 16:48:26 -0300

Assunto: Re: Enc: Concluído: Carta de Cancelamento - Seguro Odontológico

Para: Anne Ribeiro <annecmartins.ribeiro@gmail.com>

Olá Anne,

Entendo perfeitamente.

Por aqui, esclareço que realizamos o processo de cancelamento e formalizamos as informações conforme está previsto nas condições gerais do contrato.

Caso tenha alguma dúvida, me coloco à disposição.

-

Atenciosamente,

Fabiola FreitasRelacionamento Executivo Odonto relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br

Telefone: (11) 94260-9915

www.unimedodonto.com.br

segunda-feira, 28 de setembro de 2026 17:53:26 -0300, Anne Martins <annecmartins.ribeiro@gmail.com>:

Prezados,

Acuso o recebimento do e-mail e agradeço pelo retorno.

Informo, contudo, que a questão referente ao

contrato nº 312606 - 29.735.456 ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO da Unimed Odonto já foi formalmente encaminhada ao Procon, onde foi registrada uma solicitação para tratar do cancelamento contratual e das cobranças relacionadas.

Também informo que está prevista uma audiência no mês de outubro (29/10/2026) para tratar da questão e buscar uma solução para o caso.

Dessa forma, aguardarei o andamento da audiência e a manifestação do Procon para a resolução definitiva da situação.

Atenciosamente,

Anne Cléa Cândido Martins Ribeiro

Em seg., 28 de set. de 2026 às 17:30, Fabiola Freitas do(a) Unimed Seguradora S.A. <relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br> escreveu:

Anne, boa tarde!
Tudo bem?

Recebemos a sua solicitação de cancelamento do contrato nº 312606 - 29.735.456 ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO, e confirmamos o seu recebimento.

Conforme previsto nas Condições Gerais do Contrato, a rescisão está condicionada ao cumprimento do aviso prévio de 60 dias. Dessa forma, o cancelamento será efetivado em 06/11/2026, conforme registrado no protocolo nº 17762617.

Ressalto que o contrato já se encontra com o fim de vigência programado.

Informo que o cancelamento do contrato está ocorrendo dentro do período mínimo de permanência contratual e, por esse motivo, haverá cobrança de multa no valor de R\$ 518,03.

A vigência do contrato iniciou em 20/08/2025 e, conforme previsto nas condições gerais, o prazo mínimo de permanência para cancelamento sem multa é de 24 meses.

Fico à disposição.

-

Atenciosamente,

Fabiola Freitas

Relacionamento Executivo Odonto relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br

Telefone: (11) 94260-9915

www.unimedodonto.com.br



terça-feira, 15 de setembro de 2026 15:20:03 -0300, Fabiola Freitas do(a) Unimed Seguradora S.A. <relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br>:

Anne, boa tarde!

Recebemos a sua solicitação de cancelamento do contrato nº 312606 - 29.735.456 ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO e confirmamos o seu recebimento.

Conforme previsto nas Condições Gerais do Contrato, a rescisão está condicionada ao cumprimento do aviso prévio de 60 dias. Dessa forma, considerando o recebimento da solicitação em 08/09/2026, o cancelamento será efetivado em 06/11/2026, conforme registrado no protocolo nº 17762617.

Durante o período de aviso prévio, a cobertura assistencial permanecerá ativa. Por esse motivo, serão devidas as mensalidades referentes às competências 09/2026 e 10/2026, sendo que a competência 10/2026 será faturada proporcionalmente até a data de efetivação do cancelamento.

Notamos que a parcela 08/2026 com vencimento em 05/09 se encontra em aberto, pedimos que regularize para continuar tendo a cobertura do plano.

Multa de cancelamento

Conforme previsto nas Condições Gerais do Contrato, haverá aplicação de multa em razão do

cancelamento antecipado, considerando que o contrato ainda não completou o período mínimo de permanência.

A regra contratual prevê:

- Prazo mínimo de permanência: 24 meses;
- Multa de cancelamento: 40% sobre as mensalidades a vencer até o cumprimento do período mínimo de permanência;
- Início da vigência do contrato: 20/08/2025.

O valor da multa será calculado pela área responsável no momento do processamento da solicitação de cancelamento.

Permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

-

Atenciosamente,

Fabiola Freitas

Relacionamento Executivo Odonto relacionamento.executivo3@unimedodonto.com.br

Telefone: (11) 94260-9915

www.unimedodonto.com.br



----- Mensagem encaminhada -----

De: Docusign via Docusign <dse_na2@docusign.net>

Data: terça-feira, 8 de setembro de 2026 17:13:14 -0300

Assunto: Concluído: Carta de Cancelamento - Seguro Odontológico

Para: "DocuSign Seguros Unimed - Núcleo de Retenção" <retencao.relacionamento@segurosunimed.com.br>



O processo do envelope 'Carta de Cancelamento - Seguro Odontológico' foi concluído. Você pode visualizar o documento concluído através do botão abaixo ou então no arquivo anexado a esse e-mail.

EXIBIR DOCUMENTOS CONCLUÍDOS



Não compartilhe este email. Ele contém link seguro para o Docsign. Não compartilhe este e-mail, link ou código de acesso com outras pessoas.

Unimed Seguradora S.A. | CNPJ/MF: 92.663.905/0001-06 | Reg. SUSEP 694-7 | Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo - SP | Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611 | Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565 | Telefones Contingenciais: Atendimento Nacional: (0xxDDD) 4000-1633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: (0xxDDD) 4000-1611 | Ouvidoria: (0xxDDD) 4000-1285 | (DDD da capital do estado do segurado) | www.segurosunimed.com.br



To unsubscribe from this group and stop receiving emails from it, send an email to retencao.relacionamento+unsubscribe@segurosunimed.com.br.

To unsubscribe from this group and stop receiving emails from it, send an email to relacionamento.executivo3+unsubscribe@unimedodonto.com.br.

Identificação da Contratante

RAZÃO SOCIAL/NOME EMPRESARIAL (MEI)
29.735.456 ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO

NOME FANTASIA (OPCIONAL)
29.735.456 ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO

CNPJ/MF | CAEPF
29735456000181

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

TELEFONE
()

PORTABILIDADE DE CARÊNCIA
☒ NÃO ☐ 1ª ☐ 2ª

CELULAR
(85) 987787042

E-MAIL REPRESENTANTE LEGAL (RESPONSÁVEL POR REPRESENTAR A EMPRESA NOS ASSUNTOS RELACIONADOS A CONTRATAÇÃO)
annecmartins.ribeiro@gmail.com

NOME DA EMPRESA CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
29.735.456 ANNE CL

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA
R 5, 92

COMPLEMENTO

BAIRRO
INDUSTRIAL

CIDADE
MARACANAU

UF
CE

CEP
61925040

ENDEREÇO DE FATURAMENTO (NA HIPÓTESE DO NÃO PREENCHIMENTO SERÁ CONSIDERADO O MESMO ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA)
R 5, 92

COMPLEMENTO

BAIRRO
INDUSTRIAL

CIDADE
MARACANAU

UF
CE

CEP
61925040

E-MAIL FATURAMENTO (RESPONSÁVEL POR REPRESENTAR A EMPRESA NOS ASSUNTOS FINANCEIROS E RECEBIMENTO DOS BOLETOS)

NOME RECURSOS HUMANOS (RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO E GUARDA DA SENHA DE ACESSO AO PORTAL EMPRESA)

CARGO

E-MAIL

TELEFONE/CELULAR
()

CORRETORA (OPCIONAL)

NOME RESPONSÁVEL

E-MAIL

TELEFONE/CELULAR
()

Detalhe da contratação

DATA DA VIGÊNCIA
☐ 01/ /

VENCIMENTO
15

DATA DA VIGÊNCIA
☐ 10/ /

VENCIMENTO
25

DATA DA VIGÊNCIA INICIAL
☒ 20/08 / 2025

VENCIMENTO
5

PONTO DE EQUILÍBRIO (Percentual de sinistralidade que será utilizado no reajuste técnico previsto nas Condições Gerais do plano)
50 %

CONTRIBUÍDIDADE
☐ Integralmente subsidiados pela CONTRATANTE
☒ Com contribuição do BENEFICIÁRIO

CONTRATAÇÃO
☒ Facultativo (de acordo com a opção do beneficiário)
☐ Compulsória: ☐ 100% do FGTS (GFIP)
☐ 100% do total da categoria funcional de:
☐ 100% do total da região:
☐ 100% do Plano atual (Encampação):

Cartão de identificação

Os cartões de identificação serão emitidos e serão disponibilizados sem qualquer ônus aos beneficiários na forma digital.

Plano(s) contratado(s)		VALOR BENEFICIÁRIO	Nº VIDAS TITULAR	Nº VIDAS DEPENDENTE	VALOR TOTAL
ESSENCIAL					
☐	UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEMBOLSO 465.916/11-3 (ANEXO I)	R\$			R\$
☐	UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 465.919/11-8 (ANEXO II)	R\$			R\$
☐	ESSENCIAL RB 475.492/16-1 (ANEXO III)	R\$			R\$
ESSENCIAL PLUS					
☐	UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS SEM REEMBOLSO SEM COPARTICIPAÇÃO 469.057/13-5 (ANEXO IV)	R\$			R\$
☐	ESSENCIAL PLUS COP 477.395/16-1 (ANEXO V)	R\$			R\$
☐	UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS COM REEMBOLSO SEM COPAY 469.836/13-3 (ANEXO VI)	R\$			R\$
☐	ESSENCIAL PLUS COP RB 485.094/20-7 (ANEXO VII)	R\$			R\$
ESSENCIAL PLUS DOC					
☐	UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REEMBOLSO SEM COPART. 469.280/13-2 (ANEXO VIII)	R\$			R\$
☐	UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC C/ REEMBOLSO S/ COPARTICIPA 469.834/13-7 (ANEXO IX)	R\$			R\$
PLENO					
☒	UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEM. 468.729/13-9 (ANEXO X)	R\$ 25,74	1	4	R\$ 128,70
☐	UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 468.725/13-6 (ANEXO XI)	R\$			R\$
☐	UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO COM REEMBOLSO E SEM COPART 468.730/13-2 (ANEXO XII)	R\$			R\$
TOTAL DE VIDAS			1	4	R\$ 128,70

As coberturas e exclusões aplicáveis a cada um dos planos contratados constam nos Anexos das Condições Gerais, conforme produto contratado.

Coparticipação

PLANO CONTRATADO	PERCENTUAL CONTRATADO
UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 465.919/11-8	
ESSENCIAL PLUS COP 477.395/16-1	
ESSENCIAL PLUS COP RB 485.094/20-7	
UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 468.725/13-6	

O percentual da coparticipação definido nesta proposta consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes a todos os procedimentos odontológicos cobertos e realizados.

Reembolso

O valor do reembolso será apurado de acordo com as regras das Condições Gerais do item VIII – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES. O CO (Coeficiente Odontológico) aplicado à Tabela da Operadora é de R\$

PLANO CONTRATADO	MÚLTIPLO CONTRATADO
ESSENCIAL RB 475.492/16-1	
UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS COM REEMBOLSO SEM COPAY 469.836/13-3	
ESSENCIAL PLUS COP RB 485.094/20-7	
UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC C/ REEMBOLSO S/ COPARTICIPA 469.834/13-7	
UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO COM REEMBOLSO E SEM COPART 468.730/13-2	

O múltiplo definido conforme plano contratado, garante o reembolso das despesas odontológicas realizadas com liberdade de escolha para todos os procedimentos odontológicos realizados, desde que cobertos.

Opcionais

Selecione o plano com a contratação do opcional	Atendimento de urgência e emergência domiciliar (ANEXO XX)
UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEMBOLSO 465.916/11-3	☐
UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 465.919/11-8	☐
ESSENCIAL RB 475.492/16-1	☐
UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS SEM REEMBOLSO SEM COPARTICIPAÇÃO 469.057/13-5	☐
UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS COM REEMBOLSO SEM COPAY 469.836/13-3	☐
ESSENCIAL PLUS COP 477.395/16-1	☐
ESSENCIAL PLUS COP RB 485.094/20-7	☐
UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REEMBOLSO SEM COPART. 469.280/13-2	☐
UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC C/ REEMBOLSO S/ COPARTICIPA 469.834/13-7	☐
UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEM. 468.729/13-9	☐
UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 468.725/13-6	☐
UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO COM REEMBOLSO E SEM COPART 468.730/13-2	☐

Modelo de negócio

☐ Tabelado ☐ Agrupamento ☐ Guarda-chuva ☐ Venda Conjunta

Declaração e termo de responsabilidade

OPERADORA:

1. A UNIMED SAÚDE E ODONTO, informa para os devidos fins que está registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o número 41.680-1, operando com produtos exclusivamente odontológicos.

CONTRATANTE:

- Declara que recebeu o Contrato Coletivo Empresarial Odontológico e respectivos Anexos, de acordo com as características do(s) produto(s) contratado(s), conforme assinalado na proposta, código **FO - 1091 V13**, não restando assim, dúvidas quanto ao conteúdo de suas cláusulas, especialmente aquelas relativas às coberturas contratadas.
- Declara estar ciente que os cartões de identificação serão disponibilizados aos beneficiários de forma digital em nosso aplicativo ou no Portal Cliente em nosso site www.unimedodontocom.br. No caso de emissão dos cartões de identificação de forma física (impressa), a OPERADORA cobrará da CONTRATANTE pelo fornecimento de cada cartão físico o valor de R\$ 5,70 (cinco reais e setenta centavos).
- Declara que leu e compreendeu o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde – MPS, previamente à contratação do plano.
- Declara que está ciente que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será disponibilizado por meio digital.
- Declara ser responsável pela veracidade das informações e assume a responsabilidade pelas informações prestadas, ciente que a OPERADORA poderá exigir, a qualquer tempo documentos oficiais que comprovem a legitimidade da CONTRATANTE e de seus beneficiários e outros documentos que se fizerem necessários, por força da legislação vigente.

- 6. Declara que está ciente e concorda que deverá quitar as mensalidades a fim de evitar quaisquer prejuízos à utilização dos serviços contratados em conformidade com o Contrato.
- 7. A CONTRATANTE está ciente de que o beneficiário que paga mensalidade diretamente à OPERADORA ou ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, será excluído do Contrato se ficar inadimplente de 02 (duas) mensalidades, consecutivas ou não, nos termos da regulamentação vigente da ANS.
- 8. Declara ter ciência que o Rol de Eventos e Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 9. Declara estar ciente que os prazos de carência previstos na cláusula VI – Períodos de carência serão isentos, exceto prótese e ortodontia, quando na contratação de menos de 30 vidas, em até 30 dias da contratação e/ou inclusão do beneficiário.
- 10. Declara que contratou o(s) Plano(s) Odontológico(s) registrado(s) na ANS, garantido pela OPERADORA, conforme planos selecionados no item "Plano(s) contratado(s)" desta proposta e para todos os fins e sob as penas da lei que o Grupo vinculado ao contrato obedece às condições de elegibilidade previstas no art. 5º da Resolução normativa ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022.
- 11. Declara que os novos proponentes que venham aderir ao contrato a partir do início de vigência também cumprirão as condições de elegibilidade constantes do art. 5º da supracitada Resolução Normativa.
- 12. Declara, ainda, ser responsável pela reparação de eventuais danos, prejuízos e/ou sanções administrativas/judiciais que por ventura seja causado à OPERADORA, em especial por aqueles impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo Poder Judiciário, em virtude do não cumprimento das declarações firmadas no presente instrumento.
- 13. Declara estar de acordo e ciente de que os comunicados/notificações realizados pela OPERADORA, através dos e-mails e contatos indicados nesta Proposta de Contratação no campo de "Identificação", são plenamente válidos, para todos os efeitos legais, e assume a obrigação de mantê-lo atualizado, ciente de que a atualização deverá ser comunicada à OPERADORA e reduzida a termo por meio de aditivo à presente Proposta de Contratação para que surta seus efeitos legais.
- 14. Declara ter ciência sobre o corretor ou parceiro citado no campo "Dados dos responsáveis pela comercialização" a responsabilidade na comercialização do plano odontológico.
- 15. Declara que está ciente que em caso de portabilidade de carências a OPERADORA observará o prazo previsto na regulamentação vigente para aceitação e ou recusa da proposta, além dos requisitos, informações e documentos também previstos na regulamentação vigente para fins de aceitação da portabilidade ou cancelamento do plano de origem.
- 16. Declara ciência e concordância, por fim, que na hipótese do CONTRATANTE ser empresário individual que apresentará para a OPERADORA no ato da contratação e anualmente no mês de aniversário do contrato a documentação a seguir descrita: (i) comprovante de constituição como empresário individual extraído dos órgãos oficiais (no ato da contratação deverá restar comprovada a constituição como empresário individual a, no mínimo, 06 (seis) meses antes da data da contratação); e (ii) comprovante de regularidade da situação cadastral do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ; (iii) sem prejuízo de outros que venham a substituí-los/complementá-los e que serão objeto de prévia solicitação pela OPERADORA, sob pena de cancelamento do contrato nos termos da regulamentação vigente, no caso de não apresentação da documentação ou a disponibilização da mesma de forma intempestiva, incompleta e/ou ilegível.

270039f15ce96268e3b82d4018115b55

CONTRATANTE: 29.735.456 ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO

Representante: ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO

CPF: 037.363.803-56

Cargo:

Dados dos responsáveis pela comercialização	
Executivo de vendas Unimed Odonto: 1 - 1	Executivo de Relacionamento Unimed Odonto: 1 - 1
Corretor/Parceiro: UNIMED FORTALEZA CORRETORA SGS LTDA	Código Corretor/Parceiro: 50
Vendedor responsável: Alana Moreira	CNPJ Corretor/Parceiro: 41.544.743/0001-00

**Operadora:** Unimed Saúde e Odonto**CNPJ:** 10.414.182/0001-09**Nº de registro na ANS:** 41.680-1

Nº de registro do produto: 465.916/11-3 | 465.919/11-8 |
 475.492/16-1 | 469.057/13-5 | 477.395/16-1 | 469.836/13-3 |
 485.094/20-7 | 469.280/13-2 | 469.834/13-7 | 468.729/13-9 |
 468.725/13-6 | 468.730/13-2 | 465.918/11-0 | 465.921/11-0 |
 465.924/11-4 | 470.864/14-4 | 476.498/16-6 | 469.309/13-4 |
 475.491/16-3 | 469.310/13-8 | 479.034/17-1 | 504.446/25-4 |

Site: www.unimedodonto.com.br**Tel:** 0800 9 428 428 - SAC Opção 3

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	02
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.	02
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	-
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.	04
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 com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	11
EXCLUSÕES DE 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	13
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.	-

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	14
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação) assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	24
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato	14
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	35
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de nova tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário	29
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 do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação 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.	34

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 Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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

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

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

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

A cobertura para acidente do 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 do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação 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 da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



ANS

Agência Nacional de Saúde Suplementar



Ministério da Saúde



BRASIL

UM PAÍS DE TODOS

GOVERNO FEDERAL

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

17551085433941

Operadora: Unimed Saúde e Odonto

CNPJ: 10.414.182/0001-09

Nº de registro na ANS: 41.680-1

Site: <http://www.unimedodonto.com.br>

Tel: 0800 9 428 428 - SAC Opção 3

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 entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS		
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.	Coletivo Empresarial		
		<table><tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>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.</td></tr><tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr></table>	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 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				
Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.				

Assinatura eletrônica por login e senha em área segura

6/13

FO - 1147 V02

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 Beneficiário 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 o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas 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 558/2022.	
	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 Temporaria (CPT) ou Agravo.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	Coletivo por Adesão	
	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.	
É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação 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 permitidos se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE	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 563/2022.	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 os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados 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 563/2022.
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	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/ OU SUSPENSÃO	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, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado ate o 50º dia de inadimplência.	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 estabelecidas no seu contrato. 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.

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 congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse

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 mantinha 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 beneficiário 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.

DOCUMENTOS DE: [ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO](#)

'clique' no nome do documento para visualizá-lo

DOCUMENTOS DE: [ANTONIO ROMARIO DE ABREU CARDOSO](#)

'clique' no nome do documento para visualizá-lo

DOCUMENTOS DE: [CALEBE CANDIDO ABREU](#)

'clique' no nome do documento para visualizá-lo

DOCUMENTOS DE: [CLEDILEUSA CANDIDO MARTINS RIBEIRO](#)

'clique' no nome do documento para visualizá-lo

DOCUMENTOS DE: [JOSE MARIA ALVES RIBEIRO](#)

'clique' no nome do documento para visualizá-lo

17551085433941

IDENTIFICAÇÃO DO REQUISITANTE

**Assinatura Eletrônica na forma de login e senha
após cadastro**

Autenticado por login: 03736380356

Assinado em: 13/08/2025

Endereço IP: 45.5.141.46

Nome: ANNE CLEA CANDIDO MARTINS RIBEIRO

Email: anecmartins.ribeiro@gmail.com

CPF: 037.363.803-56

