Condição Geral

# INDIVIDUAL FAMILIAR
# ESSENCIAL PLUS CLAREAMENTO

Unimed Odonto



A Unimed Odonto é uma empresa Seguros Unimed.

**CONDIÇÃO GERAL – CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO – INDIVIDUAL/FAMILIAR**

## CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

**a)** Nome do Produto: **Essencial Plus Clareamento IND;**
**b)** Tipo de Contratação: **Individual/Familiar;**
**c)** Número Registro ANS: **508.989/26-1;**
**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.**

## QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

**OPERADORA:**

**UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A.,** com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346, 4ºandar, 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:**

CONTRATANTE é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes na Proposta de Assistência Odontológica, que é parte integrante e indissociável deste instrumento contratual para todos os fins de direito, ficando investido dos poderes de representação 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 ..... 8
IV. EXCLUSÕES DE COBERTURA ..... 10
V. DURAÇÃO DO CONTRATO ..... 11
VI. PERÍODOS DE CARÊNCIA ..... 11
VII. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ..... 12
VIII. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES ..... 15
IX. MECANISMOS DE REGULAÇÃO ..... 15
X. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE ..... 17
XI. REAJUSTE ..... 18
XII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS ..... 19
XIII. RESCISÃO / SUSPENSÃO ..... 20
XIV. DISPOSIÇÕES GERAIS ..... 22
XV. ELEIÇÃO DE FORO ..... 28
TERMO I – BENEFÍCIO TELEORIENTAÇÃO MÉDICA 24H ..... 29

## 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 Individual/Familiar, 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.

## II. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

### 2.1. ACEITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E MOVIMENTAÇÃO

**2.1.1.** Este Contrato destina-se assistência odontológica individual e é extensível ao grupo familiar do Beneficiário Titular através de livre adesão, respeitadas as cláusulas contratuais, sendo o Contrato celebrado por intermédio do Beneficiário Titular, doravante denominado CONTRATANTE.

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

**2.1.3.** Para o grupo inicial a vigência respeitará o disposto neste Contrato.

**2.1.4.** A OPERADORA poderá exigir do CONTRATANTE, a qualquer tempo, documentos oficiais que comprovem a dependência do grupo familiar com o Beneficiário Titular, tais como Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento, além de outros documentos oficialmente reconhecidos, assim como quaisquer documentos comprobatórios da suscitada relação de dependência.

**2.1.4.1.** O CONTRATANTE terá o prazo de 3 (três) dias úteis contados da data da notificação da OPERADORA para apresentação dos documentos previstos no item 2.1.4 acima, pelo que as partes se declaram cientes e concordes.

**2.1.5.** Tanto para o Beneficiário Titular, como para os Beneficiários Dependentes e/ou Agregados, se houver, na vigência inicial ou no transcorrer do Contrato, a inclusão dependerá do preenchimento de Proposta de Assistência Odontológica, observado, no que couber, a aplicação da cobertura parcial temporária, bem como dos prazos de carência e demais critérios constantes deste Contrato.

**2.1.6.** Todos os Beneficiários cumprirão as carências descritas neste Contrato, ressalvado que

após o início de vigência do Contrato poderão ser incluídos, nas mesmas condições contratadas, novos proponentes como Beneficiários Dependentes e/ou Agregados, desde que cumpridos os devidos prazos de carência, salvo as exceções legais e ora previstas no presente instrumento.

**2.1.7.** Quando tratar-se de contratação eletrônica, a OPERADORA deverá, no prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, concluir o processo de contratação e disponibilizar as opções de pagamento, prazo este que ficará suspenso caso o proponente não disponibilize a documentação suplementar conforme previsto no item 2.1.4 acima.

**2.1.7.1.** Nestas hipóteses de contratação eletrônica, a data de início da vigência dos contratos celebrados será o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária do plano de saúde, ressalvado que a disponibilização da forma de pagamento ocorrerá ao final do processo de contratação em que o CONTRATANTE assinará declaração com a ciência e concordância de um resumo dos termos de seu Contrato

**2.2. O CONTRATANTE se obriga a fornecer a relação dos Beneficiários Dependentes e/ou Agregados a serem inscritos, em conformidade com padrões de arquivo e formulários definidos pela OPERADORA.**

**2.3. BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

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

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

**2.3.2.** O parentesco para Dependentes é considerado em relação ao Beneficiário Titular.

**2.3.3.** 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.

**2.3.4.** O(A) filho(a) natural ou adotivo(a) do Beneficiário terá sua inclusão assegurada, isento(a) 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.

**2.3.4.** Para a inscrição de filho(a) adotivo(a), 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.

**2.4. BENEFICIÁRIOS AGREGADOS**

**2.4.1. 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**.

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

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

**2.5. INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

**2.5.1.** 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**.

**2.5.2. Mensalmente serão acatadas inclusões realizadas no período compreendido entre o dia 1º (primeiro) e o último dia do mês, sendo que para as solicitações recepcionadas até o dia 20 (vinte), a vigência individual ocorrerá no 1º dia do mês subsequente, ressalvado que para as solicitações recepcionadas entre o 21º (vigésimo primeiro) dia e o último dia do mês corrente, a vigência ocorrerá a partir do 1º (primeiro) dia do segundo mês subsequente ao da solicitação.**

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

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

**2.5.5.** O CONTRATANTE deverá notificar a OPERADORA sobre eventual mudança de endereço para o Beneficiário Titular e os Dependentes e/ou Agregados eventualmente a ele vinculados, eximindo a OPERADORA de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação, sobretudo para que esta cumpra obrigações com o órgão regulador.

**2.5.5.1.** O CONTRATANTE poderá ser responsabilizado caso não encaminhe as informações de beneficiários e caso a falta dessas informações crie prejuízo regulatório e/ou pecuniário para a OPERADORA.

**2.5.7.** O 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.

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

## 2.6. EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

**2.6.1.** As exclusões deverão ser comunicadas pelo CONTRATANTE para a OPERADORA, a qualquer tempo, sendo que o término de vigência das coberturas será na data da solicitação do cancelamento do Plano Odontológico ou na data da rescisão motivada do contrato (inadimplência e/ou fraude).

**2.6.2.** A exclusão do Beneficiário ocorrida por inadimplência e/ou fraude não o desobriga o CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa a OPERADORA.

**2.6.3.** As exclusões de Beneficiários poderão ser comunicadas pelo CONTRATANTE para a OPERADORA conforme abaixo descrito, garantido o atendimento para esses Beneficiários até o último dia de exclusão:

**a)** Pessoalmente na sua sede ou nos seus escritórios regionais conforme divulgado em seu portal na internet no endereço eletrônico www.unimedodonto.com.br;
**b)** Por meio de atendimento telefônico conforme contatos divulgados em seu portal na internet no endereço eletrônico www.unimedodonto.com.br;
**c)** Através do Componente Cadastral do Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS disponível na área restrita do cliente em seu portal na internet no endereço eletrônico www.unimedodonto.com.br.

**2.6.4. Para solicitar a exclusão do plano o Beneficiário deverá ter obrigatoriamente nele permanecido por período de 12 (doze) meses contados da data de sua inclusão/vigência.**

**2.6.4.1. A exclusão do Beneficiário Titular, Dependente e/ou Agregado, quando houver, antes do período mínimo de permanência previsto no item anterior facultará a OPERADORA a cobrar do CONTRATANTE o pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte) por cento do valor das mensalidades que seriam devidas até completar o período mencionado, ressalvado o direito da OPERADORA de exigir complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.**

**2.6.4.1.1.** No caso de exclusão de Beneficiário(s) o valor relativo aos 20% (vinte por cento) das mensalidades que seriam devidas conforme previsto no item 2.6.4.1 acima será resultado da seguinte equação: valor anual do Contrato dividido por 12 (doze) e multiplicado pela quantidade de meses remanescentes para completar o período de 12 (doze) meses de vigência e, multiplicado, ainda, pelo percentual estabelecido no referido item.

**2.6.5.** 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 CONTRATANTE.

**2.6.6.** 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.

### 2.7. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

**2.7.1.** A partir da aceitação e inclusão dos Beneficiários, a OPERADORA disponibilizará o Cartão Individual de Identificação (carteirinha), 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.

**2.7.2.** Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação (carteirinha) o beneficiário deverá acessar o cartão de forma digital em nosso aplicativo ou no portal da OPERADORA na internet (www.unimedodonto.com.br).

**2.7.2.1** O Cartão Individual de Identificação (carteirinha), será disponibilizado através da 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, de modo a assegurar o acesso do Beneficiário aos serviços odontológicos credenciados mediante a sua apresentação em conjunto com documento de identidade com foto legalmente reconhecido (a exceção para os Beneficiários com menos de dezoito anos de idade).

**2.7.3.** 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).

**2.7.4.** Será disponibilizado, nos termos da legislação e regulamentação vigentes, o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS na área restrita do portal na OPERADORA na internet (www.unimedodonto.com.br), contemplando o Componente Cadastral e o Componente de Utilização dos Serviços, cujo acesso será individualizado para Beneficiários Titulares e Dependentes/Agregados mediante cadastramento prévio.

## 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.

**3.1.1.** Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, também estarão cobertas as despesas para:

**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 mand/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;
**q)** Clareamento dentário caseiro;
**r)** Placa oclusal estabilizadora (órtese miorrelaxante / placa de bruxismo).

**3.2. 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 documentação 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 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 XIII. 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 e despesas decorrentes de atendimentos domiciliares.**

**4.3. Também estão excluídas das coberturas do plano odontológico:**

a) **Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;**
b) **Tratamento com metais preciosos;**
c) **Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;**
d) **Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;**
e) **Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;**
f) **Todos os procedimentos de prótese dentária, com exceção daqueles descritos no Rol de Procedimentos referente à segmentação odontológica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento;**
g) **Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade, com exceção daqueles descritos no Rol de Procedimentos referente à segmentação odontológica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.**
h) **Faceta em cerâmica pura exclusivamente quando a solicitação for decorrente de indicação clínica, estando excluída de forma expressa a cobertura com fins estéticos.**
i) **Clareamento dental realizado exclusivamente em consultório (à laser).**

## V. DURAÇÃO DO CONTRATO

**5.1.** O prazo de vigência do Contrato do plano odontológico é de **12 (doze) meses** e seu início se dará a partir da data da assinatura da Proposta ou da data de pagamento da primeira contraprestação pecuniária, o que ocorrer primeiro.

**5.1.1. Nas hipóteses de contratação eletrônica o início de vigência do Contrato se dará, exclusivamente, com o efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária.**

**5.1.2.** O Contrato do Plano Odontológico será renovado automaticamente ao término de vigência, por prazo indeterminado, salvo se ocorrer manifestação formal em contrário pelo CONTRATANTE e/ou ocorrência das hipóteses previstas na Cláusula XIII. RESCISÃO/SUSPENSÃO.

**5.2.** Salvo a aplicação dos reajustes da contraprestação pecuniária previstos 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.** Os Beneficiários inscritos, ou, ainda, os Beneficiários que tenham sido excluídos do Contrato, independentemente do motivo e tenham seu pedido de retorno deferido pela OPERADORA, cumprirão os seguintes prazos de carências:

| PROCEDIMENTOS | PRAZOS DE CARÊNCIA |
|---|---|
| Urgência | 24 (vinte e quatro) horas |
| Diagnóstico | 24 (vinte e quatro) horas |
| Prevenção | 60 (sessenta) dias |
| Radiologia | 60 (sessenta) dias |
| Dentística | 60 (sessenta) dias |
| Cirurgia | 60 (sessenta) dias |
| Periodontia | 90 (noventa) dias |
| Endodontia | 90 (noventa) dias |
| Clareamento | 180 (cento e oitenta) dias |
| Próteses (conforme Rol de Procedimentos vigente) | 180 (cento e oitenta) dias |
| Demais procedimentos (Extra-Rol) | 180 (cento e oitenta) dias |

**6.3.** Nos casos de transferência para um plano superior ao plano inicialmente contratado, o que somente será possível mediante a celebração de um novo Contrato contemplando as características do novo plano, independentemente dos prazos de carências anteriormente estabelecidos e cumpridos, serão aplicados, para os eventos/procedimentos previstos para as novas coberturas e novos prestadores de não contemplados no plano anterior o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias.

**6.4.** Quando o Beneficiário estiver em carência, as urgências estarão cobertas, conforme procedimentos descritos neste Contrato.

**6.5.** Quando contratada opção de ingresso para Agregados, serão aplicadas às 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 definidos neste Contrato.

## VII. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**7.1. Os Beneficiários terão cobertura para os atendimentos de urgência e emergência, 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 abcesso, 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 abcesso 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 conforme disposto no caput e §1º, ambos do Artigo 3º da Resolução Normativa/ANS nº 566/2022, fica assegurado o reembolso conforme estabelecido na legislação e regulamentação vigentes.**

**7.4.1. Na hipótese prevista no item 7.4 acima, 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.**

**7.5. 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**

O relatório deve conter:

**a)** Nome do paciente (Beneficiário atendido);
**b)** Data do atendimento;
**c)** Detalhamento da equipe e do tipo de atendimento/especialidade com o valor cobrado, no caso de honorários;
**d)** Nome de cada procedimento realizado e ou serviços auxiliares, com o respectivo valor unitário e região;
**e)** Nome do profissional;
**f)** CPF ou CNPJ;
**g)** CRO/UF;
**h)** Carimbo;
**i)** Endereço completo;
**j)** Assinatura.

**NF ou Recibo**

O recibo ou a NF deve conter:

**a)** Nome do paciente (Beneficiário atendido);
**b)** Data;
**c)** Descrição do tipo de atendimento/ especialidade;
**d)** Valor total cobrado;
**e)** Nome do profissional executante (cirurgião dentista);
**f)** CPF ou CNPJ;
**g)** CRO/UF;
**h)** Endereço completo;
**i)** Carimbo;
**j)** 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. 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. 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.**

**7.9. 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.**

**7.10. 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.**

**7.11. 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.**

**7.12.** 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 A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

**8.1. 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 OPERADORA.**

## 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 na cláusula VII 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 2.7.

**9.1.2.1.** Caso o Beneficiário, nesse período, necessite utilizar a Rede Credenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas) da OPERADORA.

**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 – Guia de Tratamento Odontológico. 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 2.7 deste Contrato, cuja apresentação pelo Beneficiário, na Rede Credenciada, será acompanhada de 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 a 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 deverá acessar de forma digital em nosso aplicativo ou no portal do cliente no site www.unimedodonto.com.br.

**9.4.** A OPERADORA não se responsabiliza por quaisquer acordos ajustado particularmente pelos Beneficiário 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 documentação 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 o profissional assistente e solicitante do procedimento, um indicado pela OPERADORA e um terceiro desempatador escolhido de comum acordo entre a OPERADORA e o profissional assistente e solicitante do procedimento, mediante a indicação pela OPERADORA de ao menos quatro alternativas de profissionais.

**9.5.2.** Nos termos da legislação e regulamentação vigentes, fica facultado à OPERADORA firmar acordos com os Conselhos Federais/ Regionais de Odontologia para que estes atuem como desempatadores nos casos de Junta Odontológica, ocasião em que será dispensada a indicação pela OPERADORA de quatro alternativas de profissionais conforme disposto no item 9.5.1 acima.

**9.5.3.** Será de responsabilidade da OPERADORA exclusivamente os honorários despendidos com o profissional por esta indicado e com o desempatador.

**9.6. COPARTICIPAÇÃO**

**9.6.1.** 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.

## 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 pelo CONTRATANTE à OPERADORA, por si e seus Dependentes/Agregados quando inscritos.

**10.3.** As mensalidades e demais valores de responsabilidade do CONTRATANTE serão pagos em seus respectivos vencimentos. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento será realizado no primeiro dia útil subsequente.

**10.4.** O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

**10.5.** Se o CONTRATANTE, não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá comunicar diretamente com o setor de atendimento da OPERADORA, informando o não recebimento, para que não fique sujeito às consequências da mora.

**10.6.** Sobre o valor original do valor mensal, pago após a data de seu vencimento, incidirá multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia), sem prejuízo de sua atualização monetária, incidindo débito em atraso.

**10.7.** O pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade total do CONTRATANTE.

**10.8.** A reativação das coberturas dependerá do pagamento da contraprestação pecuniária em atraso, acrescido da multa e juros previstos nesta Cláusula, dentro do prazo e demais condições estabelecidas neste Contrato.

**10.9.** O recebimento pela OPERADORA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

**10.10.** O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores e ainda não adimplidos pelo CONTRATANTE.

**10.11.** Independente da utilização dos serviços prestados, é obrigação do CONTRATANTE adimplir com as contraprestações de acordo com o estabelecido pela OPERADORA quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de Beneficiários inscritos no plano escolhido e conforme o previsto no documento de confirmação de cadastro.

## XI. REAJUSTE

**11.1.** Os valores previstos para o presente Contrato serão reajustados anualmente no mês de aniversário do presente Contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, ressalvadas as exceções abaixo**:**

**a)** Mudança de faixa etária;
**b)** Migração de plano; ou
**c)** Ampliação das coberturas do plano odontológico.

**11.1.1.** Os valores das contraprestações pecuniárias e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados conforme item 11.1 acima considerando a variação positiva do **IPCA (Índice de Preços ao Consumidor)**, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, apurado no 12 (doze) meses anteriores ao mês de aniversário.

**11.1.2.** Na falta ou na extinção do índice mencionado no item anterior o Contrato será reajustado por outro índice que o substitua ou que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não contrarie as normas legais e infralegais vigentes.

**11.2.** 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 solicitações de inclusão novos Beneficiários serão reajustados automaticamente, independentemente da data de inclusão dos mencionados beneficiários.

**11.4.** Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação sobre este Contrato.

**11.5.** Caso ocorram aumentos de sinistralidade, tributos, contribuições governamentais, empréstimos compulsórios, retenção de ativos financeiros por determinação governamental ou quaisquer outras variações econômicas que porventura venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do Contrato, a OPERADORA poderá pleitear perante ANS a aplicação de medidas que restabeleçam este equilíbrio.

## XII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

### 12.1. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

**12.1.1.** Quando for exigida declaração pessoal de saúde, se o Beneficiário, por si ou por seus representantes, fizer declarações inexatas, omitindo circunstâncias ou fatos que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor da contraprestação pecuniária, perderá o direito ao plano odontológico e pagará a contraprestação pecuniária vencidas, consoante as disposições legais, observado as demais disposições constantes neste Contrato.

**12.1.2.** As coberturas do Beneficiário Titular, de seu(s) Dependente(s) e Agregado(s), quando existirem, cessarão automaticamente:

**a)** Quando o CONTRATANTE solicitar, formalmente, a suspensão ou exclusão dele próprio e de seu(s) Dependente(s) e Agregado(s) do Contrato;
**b)** Com o cancelamento do Contrato; e
**c)** Com o não pagamento da contraprestação pecuniária, observadas as demais disposições previstas neste Contrato.

**12.1.3.** A OPERADORA poderá, nos termos do inciso II, do Artigo 13 da Lei nº 9.656/1998, excluir ou suspender a assistência odontológica dos Beneficiários em caso de fraude comprovada praticada pelo Beneficiário Titular ou pelos Beneficiários Dependentes e Agregados.

**12.1.4.** 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.

**12.1.5.** O CONTRATANTE deverá comunicar à 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 Dependente ou Agregado cessará, de pleno direito, no mês seguinte ao da perda dessa condição.

**12.1.6.** A extinção do vínculo do Beneficiário Titular do plano familiar não extingue o Contrato, sendo assegurado aos Beneficiários Dependentes e Agregados, desde que já inscritos, o direito a manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção das obrigações decorrentes.

**12.1.6.1.** Na hipótese do item acima, para fins de inclusão de novos Beneficiários Dependentes e Agregados considerar-se-á o vínculo mantido com o Beneficiário Titular primitivo.

**12.1.6.2.** O disposto no item 12.1.6 acima não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

## XIII. RESCISÃO / SUSPENSÃO

**13.1.** Este Contrato de plano odontológico será rescindido e/ou suspenso imediatamente:

- **a)** No caso de qualquer fraude comprovada praticada pelo CONTRATANTE e/ou por qualquer Beneficiário Dependente ou Agregado, quando inscrito, na utilização deste plano odontológico;
- **b)** Na hipótese de inadimplência do CONTRATANTE após o prazo superior a 60 (sessenta) dias, de duas contraprestações pecuniárias mensalidades não pagas, consecutivas ou não, de atraso no pagamento da contraprestação pecuniária nos termos da legislação e regulamentação vigentes.

**13.2.** Caso o CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato antes de transcorridos 12 (doze) meses da sua vigência inicial, ficará sujeito ao pagamento de multa pecuniária em favor da OPERADORA equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término da vigência inicialmente convencionada, ressalvado o direito da OPERADORA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

**13.2.1.** O pedido de cancelamento deverá ocorrer mediante aviso prévio à OPERADORA, através de formalização por escrito, de acordo com as normas administrativas vigentes da OPERADORA ressalvadas as hipóteses previstas nas alíneas do item 2.6.3 desde Contrato.

**13.2.2.** No caso de cancelamento do Contrato, o valor relativo aos 20% (vinte por cento) das mensalidades que seriam devidas conforme previsto no item 13.2 acima será resultado da seguinte equação: valor anual do Contrato dividido por 12 (doze) e multiplicado pela quantidade de meses remanescentes para completar o período de 12 (doze) meses de vigência e, multiplicado, ainda, pelo percentual estabelecido no referido item.

**13.2.3** Observado o disposto nos itens anteriores, a OPERADORA efetuará o acerto a débito ou a crédito, sendo que:

i. Se a opção inicial foi pelo pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do Contrato, a OPERADORA providenciará o cancelamento destas parcelas futuras junto à administradora do cartão e poderá encaminhar para esta última o valor relativo à respectiva multa, a qual deverá ser paga em uma última parcela pelo Beneficiário ou cobrar via boleto.

ii. Se a opção inicial foi pelo pagamento à vista ou ainda que parcelado o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário ou débito automático, a OPERADORA providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente que será calculado na forma do item 13.2 e subitens seguintes deste Contrato, conforme o caso, em conta corrente do CONTRATANTE, deduzindo o valor da respectiva multa.

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

**13.4.** Na ocorrência de atraso no pagamento da contraprestação pecuniária, a OPERADORA notificará o CONTRATANTE até o 50º (quinquagésimo) dia do não pagamento. Será considerada válida a notificação recebida após o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência se for garantido, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

**13.4.1.** O CONTRATANTE poderá questionar acerca da inadimplência ou o valor do débito, dentro do prazo de 10 (dez) dias 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 CONTRATANTE a solicitação de prorrogação deste prazo.

**13.5.** A notificação, informando sobre a inadimplêncidade forma tempestiva poderá ocorrer, por meio eletrônico, e-mail e/ou SMS, informando sobre a inadimplência. 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 OPERADORA 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.

**13.5.1.** Na hipótese do item 13.4 acima, não havendo manifestação expressa por parte do CONTRATANTE dentro de 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da notificação e o débito não tiver sido pago nesse prazo sendo confirmado a ausência de pagamento de duas contraprestações pecuniárias, consecutivas ou não, o plano odontológico poderá ser imediatamente cancelado.

**13.6.** No caso de rescisão por inadimplência do CONTRATANTE este responderá por todas as despesas geradas pelo(s) Beneficiário(s) por eventuais utilizações indevidas durante o período de suspensão, além da contraprestação pecuniária devida e outras despesas decorrentes deste Contrato e respectivos acréscimos legais, ressalvada a possibilidade da OPERADORA inscrever os débitos perante os órgãos de proteção ao crédito e protestá-los judicial ou extrajudicialmente.

**13.7.** As garantias previstas no Contrato ficarão automaticamente e de pleno direito SUSPENSAS, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, se decorrido o prazo de vencimento da contraprestação pecuniária, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, respondendo a OPERADORA apenas pelos eventos que venham a ocorrer durante o período coberto, respeitado o contido neste Contrato.

**13.8.** Caso tenha ocorrido a suspensão da cobertura, mas a(s) contraprestação(ões) pecuniária(s) devida(s) seja(m) paga(s) antes da data prevista para o cancelamento do contrato, a cobertura será reabilitada para os eventos ocorridos a partir do dia seguinte ao do reconhecimento do pagamento, respeitados os prazos de carência ainda não cumpridos.

**13.9.** A reabilitação de cobertura não ampara tratamentos ocorridos ou iniciados durante o período de suspensão, mesmo que sejam concluídos após a efetivação dos pagamentos da contraprestação pecuniária em atraso.

**13.10.** O pagamento da contraprestação pecuniária não quita contraprestação pecuniária anterior, nem dá ao Beneficiário direito às coberturas do plano odontológico, caso alguma contraprestação pecuniária de vencimento anterior não tenha sido quitada.

**13.11.** Quando ocorrer a rescisão, seja por qual motivo for, cessarão automaticamente as coberturas deste plano odontológico.

**13.12.** Caso o presente Contrato seja celebrado eletronicamente na forma prevista na Resolução Normativa/ANS nº 413/2016, poderá o CONTRATANTE exercer o direito de arrependimento e rescindir o presente Contrato unilateralmente em até 7 (sete) dias úteis contados a partir da data de vigência inicial, ocasião em que se declara ciente e concorde de que esta ocorrerá sem ônus financeiro para o CONTRATANTE desde que não tenha ocorrido nenhuma utilização do plano por quaisquer dos Beneficiários vinculados.

**13.12.1.** Na hipótese da manutenção da inadimplência das mensalidades, caso tenha ocorrido qualquer utilização do plano por quaisquer dos Beneficiários vinculados deverá o CONTRATANTE ressarcir à OPERADORA os valores relativos aos eventos/procedimentos realizados em montante que não será superior ao valor da multa rescisória prevista no item 13.2 deste Contrato.

## XIV – DISPOSIÇÕES GERAIS

### 14.1. DOCUMENTAÇÃO

**14.1.1.** 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 ao CONTRATANTE o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

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

## 14.2. UTILIZAÇÃO INDEVIDA

**14.2.1.** O CONTRATANTE fica obrigado a comprovar o recolhimento dos Cartões Individuais de Identificação (carteirinhas) impressos/ físicos de todos os Beneficiários e devolvê-los à OPERADORA mediante protocolo, além de obrigado a orientar os Beneficiários para abstenção quanto a utilização do plano odontológico, 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 do CONTRATANTE;
**c)** Cessação das coberturas individuais, por qualquer motivo, inclusive pela perda do vínculo dos Beneficiários Dependentes/Agregados com o Beneficiário Titular.

**14.2.2.** 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.

**14.2.3.** 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.

**14.2.3.1.** A ação da OPERADORA será:
**a)** Contra o CONTRATANTE, nas hipóteses relativas à sua responsabilidade e previstas neste Contrato;
**b)** Contra o Beneficiário, nas demais hipóteses.

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

**14.2.5.** Os valores relativos às despesas referidas neste Contrato deverão ser liquidados pelo 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.

## 14.3. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

**14.3.1.** O Beneficiário autoriza expressamente a OPERADORA a obter, a qualquer tempo, por intermédio do Departamento Odontológico desta, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado ou a seu Beneficiário Dependente ou Agregado, quando houver, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do plano odontológico.

**14.3.2.** Para que a OPERADORA obtenha informação e documentação, necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente plano odontológico, inclusive dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Beneficiário dispensa, desde logo, qualquer restrição ligada a sigilo profissional.

**14.4. ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

**14.4.1.** 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.

**14.5. RESPONSABILIDADE DA OPERADORA**

**14.5.1.** 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 14.4.1 acima.

**14.6. OUTRAS DISPOSIÇÕES**

**14.6.1. 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.**

**14.6.2.** 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 14.3.1 acima.

**14.6.3.** 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.

**14.6.4.** 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).

**14.7. COMUNICAÇÃO E ACESSO**

**14.7.1.** As partes concordam que os comunicados/notificações relativos a este Contrato, principalmente, 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 OPERADORA 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.

**14.8. CONCEITOS E DEFINIÇÕES**

**14.8.1.** Os conceitos e definições a seguir integram o Contrato, para todos os efeitos deste instrumento:

**14.8.1.1. 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;

**14.8.1.2. 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;

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

**14.8.1.4. Beneficiário Titular** é o componente do grupo Beneficiário, efetivamente incluído no plano odontológico, sendo responsável pelas informações prestadas, pela assinatura do Contrato e demais obrigações previstas no presente instrumento, também denominado neste contrato como CONTRATANTE;

**14.8.1.5. 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;

**14.8.1.6. 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;

**14.8.1.7. 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;

**14.8.1.8. 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;

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

**14.8.1.10. 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.

**14.8.1.11. 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;

**14.8.1.12. Contratação Individual/Familiar** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de Beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar;

**14.8.1.13. 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;

**14.8.1.14. Doença ou Lesão Preexistente** são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano odontológico;

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

**14.8.1.16. 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);

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

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

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

**14.8.1.20. 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;

**14.8.1.21. 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;

**14.8.1.22. 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;

**14.8.1.23. 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 documentação de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes será parte integrante e indissociável do presente Contrato;

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

**14.8.1.25. Proponente** é o candidato a Beneficiário, em processo de análise para aceitação no plano odontológico;

**14.8.1.26. Proposta** é o documento preenchido pelo Beneficiário Titular, objetivando a contratação do plano odontológico;

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

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

**14.8.1.29. 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;

**14.8.1.30. 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;

**14.8.1.31. 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;

**14.8.1.32. 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 (homógeno);

**14.8.1.33. 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;

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

## XV - ELEIÇÃO DE FORO

**15.1.** Fica estabelecido o foro do domicílio do 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.**

## 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 – Individual ou Familiar 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:**

**a) 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.**

**b) 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 – Individual e Familiar 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 XIII – RESCISÃO/SUSPENSÃO das Condições Gerais.

**A Unimed Odonto** é uma
empresa **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.unimedodonto.com.br

FO - 3208 V00

ANS - Nº 41.680-1