

CONDIÇÃO GERAL

---

**EMPRESARIAL**

---

ODONTOLÓGICO





**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 .....	12
VI - 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.....	20
IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO .....	24
X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE .....	26
XI – REAJUSTE .....	29
XII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.....	31
XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS .....	34
XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	35
XV – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	38
XVI – ELEIÇÃO DE FORO.....	47
ANEXO I – UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEMBOLSO.....	49
ANEXO II - UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO .....	51
ANEXO III - ESSENCIAL RB.....	53
ANEXO IV – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO .....	55
ANEXO V – ESSENCIAL PLUS COP .....	58
ANEXO VI – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS COM REEMBOLSO E SEM COPAY .....	61
ANEXO VII – ESSENCIAL PLUS COP RB .....	64
ANEXO VIII – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REEMBOLSO SEM COPART.....	67
ANEXO VIX – UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC C/ REEMBOLSO E S/ COPARTICIPAÇÃO.....	70
ANEXO X – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEM.....	73
ANEXO XI – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO .....	76
ANEXO XII – UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO COM REEMBOLSO E SEM COPART .....	79
ANEXO XIII – UNIMED ODONTO PLENO SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEMBOLSO .....	82
ANEXO XIV – UNIMED ODONTO PLENO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO .....	86
ANEXO XV – UNIMED ODONTO PLENO COM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO.....	91
ANEXO XVI – PLENO PLUS SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO .....	95
ANEXO XVII – PLENO PLUS DOC .....	99
ANEXO XVIII – UNIMED ODONTO PLENO TOP SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO .....	103
ANEXO XIX – PLENO TOP COP .....	108
ANEXO XX – UNIMED ODONTO PLENO TOP COM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO .....	114
ANEXO XXI – PLENO TOP COP RB .....	119
ANEXO XXII – ATENDIMENTO DOMICILIAR DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA .....	125

## **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/DIPRO/ANS nº 23/2009, 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 a CONTRATANTE, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como a Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, da ANS.

**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 inexatidão 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 criem 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 279/11, 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 279/11.

**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.** Exceto no caso de demitidos ou aposentados, 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, 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](http://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 fornecerá o Cartão Individual de Identificação (carteirinha) impresso/físico ou eletrônico/digital, de acordo com a opção do CONTRATANTE prevista na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes faz parte integrante e indissociável do presente Contrato, 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) impresso/físico, a CONTRATANTE ou o Beneficiário deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via, emissão essa que observará o procedimento e valores constantes na proposta de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes faz parte integrante e indissociável do presente Contrato, com exceção para os casos de furto ou roubo, mediante a apresentação de boletim de ocorrência emitido pela autoridade policial competente.

**2.1.12.3.** Quando da opção da CONTRATANTE pelo Cartão Individual de Identificação (carteirinha) eletrônico/digital, este será disponibilizado exclusivamente através da área restrita do cliente no portal da OPERADORA na internet ([www.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br)), o qual poderá ser impresso pelo Beneficiário às suas expensas, 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).

**2.1.12.4.** 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](http://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.**

## **VI - 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
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
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:**

<b>Relatório Odontológico contendo:</b>	<b>NF ou Recibo contendo:</b>
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 influenciado 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](http://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.

## **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](http://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](http://www.unimedodonto.com.br)).

**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](http://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:**

<b>Relatório Odontológico contendo:</b>	<b>NF ou Recibo contendo:</b>
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.** 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.

**8.7.** 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.

**8.8.** 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.**

**8.9.** 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.

**8.10.** 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 interrupção e recontagem do prazo estabelecido neste Contrato, pelo que as partes contratantes se declaram cientes e concordes.

**8.11.** A OPERADORA, independentemente da adoção das medidas legalmente aplicáveis

contra o responsável por danos que lhe forem causados, não efetuará qualquer reembolso ou pagamento 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 influenciado 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.

**8.12.** 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.

### **8.13. REFERENCIAL PARA REEMBOLSO DE DESPESAS**

**8.13.1.** 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.

**8.13.2.** 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.

### **8.14. CÁLCULO DE REEMBOLSO**

**8.14.1.** 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](http://www.unimedodonto.com.br)).

**9.1.2.** O Cartão Individual de Identificação (carteirinha) impresso/físico ou eletrônico/digital, observado o item 2.1.12 do presente Contrato, será encaminhado em até 15 (quinze) dias da data da inclusão do Beneficiário no Plano Odontológico.

**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.** O Beneficiário poderá consultar as informações relativas à Rede Credenciada no portal eletrônico da OPERADORA na internet ([www.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br)), além de outros

meios eletrônicos a serem oportunamente divulgados pela OPERADORA também no mencionado site ou outros meios de comunicação.

**9.2.3. Para o atendimento do Beneficiário na rede de prestadores da OPERADORA, poderá ser utilizada a biometria facial para fins de reconhecimento/elegibilidade do Beneficiário, mediante cadastramento via SMS, e-mail e/ou telefone celular, entre outros.**

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

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

**9.3.** Será fornecido aos beneficiários o Cartão Individual de Identificação (carteirinha) referente ao Plano Odontológico contratado, na forma do item 2.1.12 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) impresso/físico, seja do Beneficiário Titular, Dependente(s) ou Agregado(s), caberá ao Beneficiário Titular o dever de comunicar o fato à OPERADORA por escrito para efetivação do cancelamento, ou quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento do Cartão Individual de Identificação (carteirinha) só terá validade quando recebido por escrito e cadastrado pela OPERADORA.

**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 o profissional assistente e solicitante do procedimento, um indicado pela OPERADORA e um terceiro desempataador 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 desempataadores nos casos de Junta Odontológica, hipótese que exclui a indicação prevista no item 9.5.1.

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

### **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 Arts. 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:

<b>Vigência</b>	<b>Limite de movimentação</b>
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 e 14.4.1.1 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).

**10.4.8.** O não pagamento na data aprazada configurará pendência financeira em nome do ESTIPULANTE, 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 (doze) 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:

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

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.

**11.4.5.** 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:

<b>BENEFICIÁRIO TITULAR</b>	<b>PRAZO MÁXIMO</b>
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) Inadimplemento do Beneficiário relativo a 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 e 14.4.1.1 da Cláusula XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO;
- c) Com o cancelamento do Contrato; ou
- d) 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.

**14.2. Caso as partes Contratantes manifestem intenção de rescindir o presente Contrato imotivadamente e antes de transcorridos o prazo mencionado na alínea b) do item 14.1,**

ficará a parte denunciante sujeita ao pagamento do ressarcimento de despesas equivalente a 40% (quarenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o prazo da vigência inicialmente convencionada, de acordo com a média dos faturamentos emitidos desde o início de vigência do presente Contrato, ressalvado o direito da OPERADORA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao ressarcimento de despesas acima especificado, na forma 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.

**14.2.2.** Na hipótese de cancelamento do presente Contrato devido inadimplemento pela CONTRATANTE das contraprestações pecuniárias mensais, observado o disposto nos itens e subitens 14.4, 14.4.1 e 14.4.1.1 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 14.2 acima.

**14.2.3.** 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.

**14.3.** 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.

**14.4.** Identificado o inadimplemento da CONTRATANTE por prazo superior a 15 (quinze) dias corridos e contados a partir da data de vencimento das contraprestações pecuniárias mensais, as coberturas do presente Contrato serão imediatamente suspensas, inclusive aquelas atreladas a procedimentos previamente autorizados pela OPERADORA e/ou decorrentes de tratamentos continuados, as quais serão reestabelecidas em até 48 (quarenta e oito) horas contadas a partir da apresentação pela CONTRATANTE para a OPERADORA do(s) respectivo(s) comprovante(s) de adimplemento das contraprestações pecuniárias inadimplidas.

**14.4.1.** Sem prejuízo das disposições do item 14.4 acima, na hipótese de manutenção do

inadimplemento pela CONTRATANTE por 60 (sessenta) dias corridos, contados da data de vencimento das contraprestações pecuniárias mensais, além da suspensão das coberturas contratuais, caso a CONTRATANTE não apresente o(s) comprovante(s) de adimplemento das contraprestações pecuniárias, será o presente contrato motivada e imediatamente rescindido, dispensada a necessidade de notificação judicial ou extrajudicial nesse sentido.

**14.4.1.1.** Na hipótese do item 14.4.1 acima, 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.

**14.5.** 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.

**14.6. Sem prejuízo de aplicação das eventuais penalidades legais cabíveis, o presente Contrato será rescindido motivadamente e independentemente da necessidade de observância da vigência de 24 (vinte e quatro) meses contados do início de vigência contratual, mediante notificação prévia com 30 (trinta) dias de antecedência, nas seguintes situações:**

- a) **Prática de fraude comprovada;**
- b) **Descumprimento pela CONTRATANTE das cláusulas e condições deste Contrato;**
- c) **Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes;**
- d) **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.**

**14.6.1.** 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.

**14.7.** 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 Arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e respectivos grupos familiares.

**14.8.** 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](http://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 certa 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 despendar.

**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 Termo de Aditamento Contratual, o(s) Anexo(s), a Declaração de Oferecimento de Plano Referência, a Tabela da Operadora, o Manual de Orientação Para Contratação de Plano de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

**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.** 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.

**15.5.11** 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, sem prejuízo da forma física.

## **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; **(iv)** 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 despender com as contraprestações pecuniárias de seus Dependentes e Agregados, bem como eventuais valores pegos a título de coparticipação ou franquias 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;

**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](http://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](http://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 (homógeno);

**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.



**UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A.**

**Helton Freitas**  
Diretor Presidente

**Agenor Ferreira da Silva Filho**  
Diretor de Operações

---

# 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.

#### 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.**

#### **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.

#### 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 – 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 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;

### 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.

### 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 V – 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 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;

### 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.

### 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 VI – 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 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;

### 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.

### 4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

4.1. Este plano odontológico **contempla** a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelo 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 VII – 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 mand/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

a. 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) Ortopedia dos maxilares;
- u) Todos os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos contratualmente;
- v) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- w) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- x) Qualquer atendimento ou procedimento relacionado à Ortodontia, inclusive aparelho ortodôntico.

### 4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

a. Este plano odontológico **contempla** a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelo 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 VIII – 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 mand/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.

#### 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 VIX – 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 mand/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.

#### 4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO

**4.1.** Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelo 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 X – 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 reem;**
- 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 mand/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.

### 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 XI – 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;**
- 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 mand/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.

### 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 XII – 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 mand/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.

### **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 XIII – UNIMED ODONTO PLENO 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 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 – hirax;**

- p)** Disjuntor palatino – macnarama;
- 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;
- mm)** 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos fixos;
- nn)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico;
- oo)** 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos ortopédicos;
- pp)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível;
- qq)** 12 (doze) manutenções para aparelhos removíveis;
- rr)** Manutenção periodontal;
- ss)** Mentoneira;
- tt)** Modelos de trabalho;
- uu)** Modelos ortodônticos;
- vv)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- ww)** Panorâmica especial para ATM;
- xx)** Placa de distalização de molares;
- yy)** Placa de hawley - com torno expensor;
- zz)** Placa de hawley;

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

#### 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 XIV – 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 – hirax;
- p)** Disjuntor palatino – macnarama;
- 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 3<sup>o</sup>m;
- 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;
- mm)** 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos fixos;
- nn)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico;
- oo)** 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos ortopédicos;
- pp)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível;
- qq)** 12 (doze) manutenções para aparelhos removíveis;
- rr)** Manutenção periodontal;
- ss)** Mentoneira;
- tt)** Modelos de trabalho;
- uu)** Modelos ortodônticos;
- vv)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- ww)** Panorâmica especial para ATM;
- xx)** Placa de distalização de molares;

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

#### 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 XV – 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 – hirax;

- p)** Disjuntor palatino – macnarama;
- 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;
- mm)** 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos fixos;
- nn)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico;
- oo)** 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos ortopédicos;
- pp)** Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível;
- qq)** 12 (doze) manutenções para aparelhos removíveis;
- rr)** Manutenção periodontal;
- ss)** Mentoneira;
- tt)** Modelos de trabalho;
- uu)** Modelos ortodônticos;
- vv)** Panorâmica + modelos ortodônticos;
- ww)** Panorâmica especial para ATM;
- xx)** Placa de distalização de molares;
- yy)** Placa de hawlay - com torno expansor;

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

#### 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 XVI – 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 sem reembolso e sem 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 miorreaxante (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 mand/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.

### 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 XVII – 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 venner;
- o) Discrepância de modelos;

- p)** Documentação ortodôntica básica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- q)** Documentação ortodontica 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 ortodontica controle: panorâmica c/ 5 fotos;
- t)** Documentação ortodontica especial: completa com telerradiografia com traçado frontal, erup 3ºm;
- 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 miorreaxante (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.

#### 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 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 remov. 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 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; 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 expensor;
- 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 mand/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;
- wwww)** 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;
- dddd)** Simoes 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;
- kkkk)** Traçado cefalométrico;
- llll)** 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 comissões 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.

#### 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 XIX – 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 remov. 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 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; Máscara facial – delaire e tração reversa;
- ddd)** Mentoneira;
- eee)** Modelador elástico de bimler;
- fff)** Modelos de trabalho;
- ggg)** Modelos ortodônticos;
- hhh)** Monobloco;
- iii)** Órtese miorreaxante (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 mand/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;
- wwww)** 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;
- bbbbbb)** Restauração em resina (indireta) – inlay;
- cccc)** Restauração em resina (indireta) – onlay;
- dddddd)** Simoes 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 comissões 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.

#### 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 XX – 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.

### **1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO**

- a) Nome do Produto: Unimed Odonto Pleno Top com reembolso e sem coparticipação;**
- b) Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;**
- c) Número Registro ANS: 469.310/13-8;**
- 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 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 thurrow;**
- c) Aparelho extra-bucal;**
- d) Aparelho ortodôntico fixo metálico;**
- e) Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;**
- f) Aparelho remov. 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 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 mio-relaxante (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 mand/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;
- bbbbbb)** Restauração em cerômero – onlay;
- cccc)** Restauração em resina (indireta) – inlay;
- dddd)** Restauração em resina (indireta) – onlay;
- eeee)** Simoes network;
- ffff)** Slide;
- ggggg)** Splinter;
- hhhhh)** Técnica de localização radiográfica;
- iiii)** Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- jjjj)** Teste de capacidade tampão da saliva;
- kkkkk)** 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) **Ortopedia dos maxilares;**
- i) **Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;**
- j) **Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.**

#### **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 XXI – 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

- h) Nome do Produto: **PLENO TOP COP RB;**
- i) Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial;**
- j) Número Registro ANS: **479.034/17-1;**
- 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**

### 2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

a. 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.

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

- nnnnn)** Aparelho de klammt;
- ooooo)** Aparelho de thurow;
- ppppp)** Aparelho extra-bucal;
- qqqqq)** Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- rrrrr)** Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;
- sssss)** Aparelho remov. Com alças bionator invertida ou de escheler;
- ttttt)** APM – aparelho de protração mandibular;
- uuuuu)** Arco lingual;
- vvvvv)** Barra transpalatina fixa;
- wwwww)** Barra transpalatina removível;
- xxxxx)** Bionator de balcers;
- yyyyy)** Blocos geminados de clark – twinblock;
- zzzzz)** Botão de nance;
- aaaaa)** Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- bbbbbb)** Clareamento de dente desvitalizado;

- cccccc)** Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- dddddd)** Conserto prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- eeeeee)** Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- ffffff)** Coroa 3/4 ou 4/5;
- gggggg)** Coroa total em cerâmica pura;
- hhhhhh)** Coroa total metalo cerâmica;
- iiiiii)** Coroa total metalo plástica – cerômero;
- jjjjjj)** Coroa total metalo plástica – resina acrílica;
- kkkkkk)** Coroa venner;
- llllll)** Discrepância de modelos;
- mmmmm)** Disjuntor palatino – hirax;
- nnnnnn)** Disjuntor palatino – macnamara;
- ooooo)** Distalizador com mola nitinol;
- pppppp)** Distalizador de hilgers;
- qqqqqq)** Distalizador distal jet;
- rrrrrr)** Distalizador pendulo/pendex;
- sssss)** Distalizador tipo Jones jig;
- ttttt)** Documentação ortodôntica básica (radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico);
- uuuuuu)** Documentação ortodôntica completa (básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra);
- vvvvvv)** Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- wwwww)** Documentação ortodôntica especial: completa com tele e traçado frontal, erup 3ºM;
- xxxxxx)** Documentação ortopédica: completa com índice carpal, modelo de trabalho, 9 fotos;
- yyyyyy)** Enxerto conjuntivo subepitelial;
- zzzzz)** Enxerto gengival livre;
- aaaaaaa)** Enxerto pediculado;
- bbbbbbb)** Estudo e planejamento ortodôntico;
- ccccccc)** Faceta em cerâmica pura;
- ddddddd)** Faceta em cerômero;
- eeeeeee)** Fotografia;
- fffffft)** Gianelly;
- ggggggg)** Grade palatina fixa;
- hhhhhhh)** Grade palatina removível;
- iiiiiii)** Herbst encapsulado;
- jjjjjjj)** Laminado em resina;
- kkkkkkk)** Mantenedor de espaço fixo;
- lllllll)** Mantenedor de espaço removível;

- mmmmmmm)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho fixo;  
**nnnnnnn)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho ortopédico;  
**ooooooo)** Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho removível;  
**ppppppp)** Manutenção periodontal;  
**qqqqqqq)** Máscara facial – delaire e tração reversa;  
**rrrrrrr)** Mentoneira;  
**sssssss)** Modelador elástico de bimler;  
**ttttttt)** Modelos de trabalho;  
**uuuuuuu)** Modelos ortodônticos;  
**vvvvvvv)** Monobloco;  
**wwwwwww)** Órtese miorreaxante (placa oclusal estabilizadora);  
**xxxxxxx)** Panorâmica + modelos ortodônticos;  
**yyyyyyy)** Panorâmica especial para ATM;  
**zzzzzzz)** Pistas diretas de planas – superior e inferior;  
**aaaaaaaa)** Pistas indiretas de planas;  
**bbbbbbb)** Placa de acetato para clareamento caseiro;  
**ccccccc)** Placa de distalização de molares;  
**ddddddd)** Placa de hawley;  
**eeeeeee)** Placa de hawley – com torno expansor;  
**fffffff)** Placa de mordida ortodôntica;  
**ggggggg)** Placa de verticalização de caninos;  
**hhhhhhh)** Placa dupla de sanders;  
**iiiiiii)** Placa encapsulada de Mauricio;  
**jjjjjjj)** Placa lábio-ativa;  
**kkkkkkk)** Placa oclusal resiliente;  
**lllllll)** Plano anterior fixo;  
**mmmmmmm)** Plano inclinado;  
**nnnnnnn)** Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free);  
**ooooooo)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica;  
**ppppppp)** Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica;  
**qqqqqqq)** Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free);  
**rrrrrrr)** Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;  
**sssssss)** Prótese parcial fixa em metalo plástica;  
**ttttttt)** Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free);  
**uuuuuuu)** Prótese parcial fixa provisória;  
**vvvvvvv)** Prótese parcial removível com encaixes de precisão/semi precisão;  
**wwwwwww)** Prótese parcial removível com grampos bilateral;  
**xxxxxxx)** Prótese parcial removível provisória em acrílico com/sem grampos;  
**yyyyyyy)** Prótese total;  
**zzzzzzz)** Prótese total imediata;

- aaaaaaaaa)** Prótese total incolor;
- bbbbbbbbbb)** Provisório para faceta;
- cccccccc)** Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- dddddddddd)** Quadrihelice;
- eeeeeeee)** Radiografia panorâmica de mand/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico;
- fffffff)** Recuperador de espaço;
- gggggggg)** Redução de Tuberosidade;
- hhhhhhhh)** Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório);
- iiiiiiii)** Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório);
- jjjjjjjj)** Regulador de função de frankel;
- kkkkkkkk)** Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- llllllll)** Restauração em cerâmica pura – inlay;
- mmmmmmmm)** Restauração em cerâmica pura – onlay;
- nnnnnnnn)** Restauração em cerômero – inlay;
- oooooooo)** Restauração em cerômero – onlay;
- pppppppp)** Restauração em resina (indireta) – inlay;
- qqqqqqqq)** Restauração em resina (indireta) – onlay;
- rrrrrrrr)** Simoes network;
- ssssssss)** Slide;
- tttttttt)** Splinter;
- uuuuuuuu)** Técnica de localização radiográfica;
- vvvvvvvv)** Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- wwwwwwww)** Teste de capacidade tampão da saliva;
- xxxxxxxx)** Teste de contagem microbiológica;
- yyyyyyyy)** Traçado cefalométrico;
- zzzzzzzz)** Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

### **3. EXCLUSÕES CONTRATUAIS**

**a. 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:**

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

- n) **Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;**
- o) **Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;**
- p) **Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- q) **Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Beneficiário;**
- r) **Ortopedia dos maxilares;**
- s) **Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;**
- t) **Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.**

#### 4. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO

a. Este plano odontológico **contempla** a livre escolha mediante a garantia o reembolso das despesas odontológicas realizadas pelo 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**.

b. 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 XXII – ATENDIMENTO DOMICILIAR DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

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 DA COBERTURA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

- 1.1.** Quando contratadas adicionalmente as coberturas previstas no presente Anexo, será garantido o atendimento domiciliar odontológico de urgência e emergência, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, por meio de prestador de serviços/profissional habilitado, com equipamentos portáteis em local indicado pelo beneficiário, desde que em município integrante ao da área geográfica de abrangência do produto contratado.
- 1.2.** O atendimento domiciliar de urgência/emergência 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.
- 1.3.** 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.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br).
- 1.4.** O atendimento será realizado em local indicado pelo Beneficiário, desde que não comprometa ou ponha em risco a segurança e integridade física dos prestadores de serviços/profissionais habilitados e que ofereça condições de acessibilidade, podendo os prestadores de serviços/profissionais habilitados não realizar o atendimento ou encaminhar o beneficiário para uma unidade fixa de suporte em caso de ausência destas condições.

### **2. COBERTURAS COMPLEMENTARES**

- 2.1.** O atendimento ocorrerá somente no caso de urgências/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 avulsionados;
- k) Hemorragia bucal/labial;
- l) Odontalgia aguda;
- m) Pulpectomia;
- n) Imobilização dentária;
- o) Incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- 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 Têmpera Mandibular);**

- 
- h) Cirurgias para eliminação de lesões benignas ou malignas existentes na cavidade oral; Cirurgias de implante e reimplante osteointegráveis e transplante de unidades dentárias;**
  - i) Tratamentos ambulatoriais das especialidades: cirurgia oral maior e menor, periodontia, dentística operatória, ortodontia, odontopediatria e endodontia; e**
  - j) Cirurgias que exijam hospitalização e/ou anestesia geral.**
- 4.** As coberturas para atendimento domiciliar de urgência/emergência previstas no presente Anexo vigorarão enquanto estiver ativo o Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico - Coletivo Empresarial, observadas as hipóteses de suspensão das coberturas conforme previsto na cláusula XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO das Condições Gerais, ressalvado que as coberturas previstas no presente Anexo em nenhuma hipótese subsistirão em caso de cancelamento do Contrato.
- 5.** 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.



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: 0800 9 428 428 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Ouvidoria: acesse nosso site ou ligue 0800 001 2565 | Telefones Contingenciais: Atendimento

Nacional: (0xxDDD) 4000-1628 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: (0xxDDD) 4000-1611

Ouvidoria (0xxDDD) 4000-1285 | [DDD da capital do estado do segurado]

Unimed Odonto CRO/SP nº 13666 | RT: M. M. Ohashi - CRO/SP nº 66050

[www.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br)

FO - 1091 V04

**ANS - N° 41.680-1**