

# **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

INDIVIDUAL FAMILIAR

**PLANO PLANO AVANÇADO MAIS (DENTAL ELITE) – 475.441/16-7**

## **QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA**

ASSOCIAÇÃO CRISTÃ DE BENEFÍCIOS INTEGRADOS – ACBI, associação civil sem fins econômicos, com sede em Curitiba-PR, sito na Rua Amazonas de Souza Azevedo, 245 -, inscrita no CNPJ/MF sob no 08.285.973/0001-26, neste ato representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada “ACBI” ou “CONTRATADA”,

## **DOCUMENTOS ANEXOS**

Fazem parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, com a qualificação do CONTRATANTE, a relação de Procedimentos Odontológicos Cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica, Guia do Beneficiário, Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS).

## **NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO**

**Cláusula 1ª.** O nome comercial do plano de assistência à saúde contratado é "AVANÇADO MAIS (DENTAL ELITE)" o qual está registrado na ANS sob número 475.441/16-7.

## **TIPO DE CONTRATAÇÃO**

**Cláusula 2ª.** A ACBI contratou com a DENTALUNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, operadora de planos de saúde odontológica registrada na ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob n.º. 304484, com sede na Rua Miguel Poholink, 130, CEP 81610-220, Hauer, Curitiba - PR, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 78.738.101/0001-51, plano de assistência à saúde odontológica, sob regime de contratação Coletiva por Adesão, que embora oferecido para massa delimitada de beneficiários, quais sejam, seus associados, tem adesão apenas espontânea e opcional, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes, doravante denominado CONTRATO PADRÃO DENTALUNI.

## **TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**

**Cláusula 3ª.** A segmentação assistencial assegurada é a definida para o plano odontológico, conforme Rol de Procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

## **AREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO**

**Cláusula 4ª.** A área geográfica de abrangência do plano será nacional.

## **AREA DE ATUAÇÃO**

**Cláusula 5ª.** O atendimento será prestado em todo o território nacional

## **FORMAÇÃO DO PREÇO**

**Cláusula 6ª.** A formação do preço é pré-estabelecido.

## **ATRIBUTO DO CONTRATO**

**Cláusula 7ª.** Este instrumento particular tem por objetivo regular a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, inciso. I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.

**Parágrafo único.** O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**Cláusula 8ª.** São beneficiários deste contrato o CONTRATANTE, considerado BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, e as pessoas por ele indicadas no ato e/ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES.

**Parágrafo único.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, assim como os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES deverão assinar e/ou autorizar o Termo de Consentimento para utilização dos dados pessoais. Este termo fará parte integrante e indissociável do presente contrato.

**Cláusula 9ª.** Podem ser inscritos no plano como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a. o cônjuge;
- b. o companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c. os filhos solteiros que permaneçam sob dependência econômica do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR;
- d. os tutelados e os menores sob guarda;
- e. os pais do titular e do cônjuge;
- f. os parentes colaterais do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR até o quarto grau de parentesco (avôs, bisavôs, tios, primos, sobrinhos).

**1º.** Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR ou Dependente adotante.

**2º.** Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato, mediante os pagamentos das contraprestações devidas, hipótese em que ocorrerá a mudança da titularidade através de novo Contrato, resguardando-se as condições aqui estabelecidas.

**Cláusula 10ª.** O BENEFICIÁRIO DEPENDENTE que não atender os requisitos cadastrais de inclusão não será admitido para vinculação ao Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato.

**Parágrafo único.** A inclusão de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE somente será aceita pela CONTRATADA mediante a inclusão/permanência pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR.

**Cláusula 11.** Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR tenha optado pelo pagamento do plano de forma anual, e após a contratação resolva incluir novo dependente, esse só será possível com a contratação de um novo plano, atuando o responsável pelo plano como Tutelar do seu novo dependente.

**Cláusula 12.** Sob seu exclusivo critério, a DENTAL UNI poderá realizar exames pré-admissionais, desde que responda pelos custos incidentes, não podendo impedir o ingresso do BENEFICIÁRIO ao plano.

## **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**Cláusula 13.** A contratada cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e condições estabelecidas no contrato, das despesas de assistência odontológica, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento, visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, incluindo:

**1º.** A cobertura odontológica, ANEXO I deste regulamento, compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

**2º.** Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo contrato.

## **EXCLUSÕES DE COBERTURAS**

**Cláusula 14.** Não estão cobertos pelo plano:

- a. as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b. as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
- c. as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes da execução de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- d. as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- e. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- f. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- h. os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
- i. consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- j. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- k. despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
- l. restaurações para fins estéticos;
- m. tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;
- n. atos de implante e prótese;
- o. os serviços de implantação/manutenção e o fornecimento de aparelhos ortopédicos e ortodônticos removíveis; e
- p. os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

## **DURAÇÃO DO CONTRATO**

**Cláusula 15.** Este contrato terá vigência inicial de 12 (dode) meses, sendo seu início a partir da assinatura/aceitação do contrato ou da assinatura/aceitação da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

1º. Após esse prazo, a renovação do contrato será automática e por prazo indeterminado.

2º. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

## PERÍODOS DE CARÊNCIA

**Cláusula 16.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR no ato da contratação poderá optar em contratar o plano descrito na Cláusula 1ª deste regulamento, com a opção de cumprir ou não carência para início de utilização do plano.

**Parágrafo único.** Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR no ato da contratação venha a optar pela contratação do plano com carência, este e seus dependentes cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

Procedimentos	Prazo
Diagnóstico	30 dias
Radiologia	90 dias
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias
Dentística	180 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	180 dias
Cirurgia	180 dias
Urgência/Emergência	24 horas
Demais Casos	180 dias

1º. Para os casos de urgência/emergência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas.

2º. As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura/aceitação da proposta de adesão, da assinatura/aceitação do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

3º. Os prazos de carência também serão cumpridos pelos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES inscritos no plano.

4º. Salvo disposto na Cláusula 11, quando houver inclusão de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES após o início de vigência deste contrato, os períodos de carência para estes serão contados a partir da data da inclusão ou do pagamento da primeira parcela na qual esteja incluso o custo relativo ao BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.

## DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

**Cláusula 17.** Todos os serviços cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica, objeto deste contrato, serão realizados a qualquer momento,

depois de cumpridas as carências definidas, independentemente da existência de doenças e lesões pré-existentes, não existindo coberturas parciais temporárias ou aplicação de agravo.

## **ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**Cláusula 18.** Entendem-se como:

- a. **EMERGÊNCIA:** os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do cirurgião-dentista assistente; e
- b. **URGÊNCIA:** os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**1º.** Os beneficiários receberão atendimento de urgência/emergência preferencialmente nas clínicas aptas para este atendimento, bem como nos consultórios dos cirurgiões dentistas cooperados, credenciados e/ou contratados.

**2º.** O acesso à rede de atendimento se encontra disponível através da Central de Atendimento, Site e/ou sítio eletrônico da Dental Uni ([dentaluni.com.br](http://dentaluni.com.br)) e APP mobile na opção “Encontre seu dentista”.

**3º.** Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da CONTRATADA:

- a. curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;
- b. curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
- c. imobilização dentária temporária: procedimento que visa à imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;
- d. recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;
- e. tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;
- f. colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- g. incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- h. incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- i. reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização;
- j. tratamento de abscesso periodontal agudo;
- k. sutura de ferida em região bucomaxilofacial;
- l. redução simples de luxação de ATM;
- m. tratamento conservador de ATM;
- n. tratamento de pericoronarite.

**4º.** Além desses, também serão cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

## **REEMBOLSO**

**Cláusula 19.** Será garantido ao CONTRATANTE, o reembolso no limite das obrigações contratuais, das despesas odontológicas cobertas efetuadas com o tratamento dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e seus DEPENDENTES, quando não houver prestadores de serviços integrantes da rede cooperada, credenciada e/ou contratada da Operadora, na área de atuação do referido contrato e seus municípios limítrofes.

**1º.** O registro do pedido de reembolso deve ser realizado em um dos canais de Relacionamento ao Beneficiário (Site, APP, Chat), onde o CONTRATANTE receberá o formulário para preenchimento da análise do pedido de reembolso, bem como número de protocolo, ao qual tem efeito de registro, movimentação e acompanhamento da solicitação.

**2º.** Para o pedido de reembolso, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR deverá direcionar 2 (dois) ou mais orçamentos de profissionais particulares, contendo o nome técnico do procedimento necessário, número do elemento (dente), data, valor, nome/CPF do BENEFICIÁRIO, nome/CRO e carimbo do profissional solicitante, bem como o formulário de análise de reembolso entregue no ato do pedido, devidamente preenchido para que a operadora possa analisar o feito.

**3º** Após análise da solicitação de reembolso, este será deferido ou indeferido pela CONTRATADA, e será formalizada através do protocolo de atendimento fornecido ao BENEFICIÁRIO no ato do registro.

**4º.** Se deferido pela CONTRATADA, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR deverá apresentar os seguintes documentos:

I - requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela CONTRATADA, solicitando o reembolso;

II - nota fiscal e/ou recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do BENEFICIÁRIO contendo nome técnico do procedimento, elemento (dente), data do dia do evento, enumerando todos os dados pessoais, aqui definidos como: número de RG, CPF, nome completo, telefone fixo e/ou celular, e-mail do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;

III - a documentação deverá estar acompanhada de imagens, radiografias ou fotos, sendo elas iniciais e finais de todos os tratamentos, desde que legíveis e tecnicamente aptas para análise;

IV - recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do BENEFICIÁRIO, acusando o recebimento do valor declarado.

**Cláusula 20.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR desde já fica ciente que reembolso será realizado conforme valor de tabela praticada junto à rede assistencial do presente plano e não pelo valor apresentado em nota fiscal e/ou recibo de honorários, referente ao tratamento.

**Cláusula 21.** A CONTRATADA efetuará o reembolso no prazo de até 30 (trinta) dias a contar do recebimento da documentação, relacionadas no § 4º e seus incisos da Cláusula 18.

**1º.** Fica reservado à CONTRATADA, no caso de inexatidão de qualquer documento apresentado e/ou a falta dos mesmos, solicitar ao BENEFICIÁRIO informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação.

**2º.** A CONTRATADA ao receber os documentos complementares supracitados, terá um novo prazo de até 30 (trinta) dias para analisar, deferir/indeferir e proceder com o reembolso em caso de aprovação.

## **REEMBOLSO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

**Cláusula 22.** Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência/emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano, excetuando-se qualquer material ou medicamento prescrito para uso domiciliar.

**Cláusula 23.** O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto registrar o pedido em um dos canais de Relacionamento ao Beneficiário (Site, APP, Chat), onde receberá o formulário para preenchimento da análise do pedido de reembolso, bem como número de protocolo, ao qual tem efeito de registro, movimentação e acompanhamento da solicitação.

**Cláusula 24.** Através do protocolo de atendimento, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

I - requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela CONTRATADA, solicitando o reembolso;

II - nota fiscal e/ou recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do BENEFICIÁRIO, contendo nome técnico do procedimento, elemento (dente), data do dia do evento, enumerando todos os dados pessoais, aqui definidos como: número de RG, CPF, nome completo, telefone fixo e/ou celular, e-mail do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;

III - a documentação deverá estar acompanhada de imagens, radiografias ou fotos, sendo elas iniciais e finais de todos os tratamentos, desde que legíveis e tecnicamente aptas para análise;

IV - recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do BENEFICIÁRIO, acusando o recebimento do valor declarado.

**Clausula 25.** Preenchidos os requisitos para análise do reembolso, a CONTRATADA reserva-se o direito de deferir, indeferir ou solicitar informações complementares para análise do pedido.

**Clausula 26.** A CONTRATADA efetuará o reembolso no prazo de até 30 (trinta) dias a contar do recebimento da documentação, relacionadas na cláusula 23.

**1º.** Fica reservado à CONTRATADA, no caso de inexatidão de qualquer documento apresentado e/ou a falta dos mesmos, solicitar ao BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR informações complementares, no prazo de até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação.

**2º.** A CONTRATADA ao receber os documentos complementares supracitados, terá um novo prazo de até 30 (trinta) dias para analisar, deferir/indeferir e proceder com o reembolso em caso de aprovação.

**Cláusula 27.** Caso a DENTAL UNI não efetue o reembolso dentro do prazo estipulado, deverá fazê-lo com atualização monetária pelo IGP-M/FGV, segmento saúde, ou outro índice que venha a substituí-lo.

## **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

**Cláusula 28.** Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o Manual do Beneficiário vigente, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede CONTRATADA que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

**Cláusula 29.** Dentro dos limites territoriais estabelecidos neste contrato, os BENEFICIÁRIOS serão atendidos em consultório por cirurgiões-dentistas cooperados, contratados e/ou credenciados da CONTRATADA, constantes em relações expedidas periódica e regularmente pela DENTAL UNI.

**1º.** Será fornecida ao BENEFICIÁRIO uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços, podendo também a referida relação ser obtida através da Central de Atendimento, Site e/ou Sítio Eletrônico da Dental Uni ([dentaluni.com.br](http://dentaluni.com.br)) e APP mobile na opção "Encontre seu dentista".

**2º.** Os BENEFICIÁRIOS serão atendidos mediante marcação prévia da consulta, de acordo com as disponibilidades de data e horário dos cirurgiões dentistas.

**3º.** Na localidade em que não houver cirurgiões-dentistas cooperado, contratado e/ ou credenciado, o BENEFICIÁRIO poderá indicar e recomendar inclusões, que serão definidas pela CONTRATADA, sob seu critério exclusivo.

**4º.** Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou

credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

**Cláusula 30.** O cirurgião-dentista emitirá a Guia de Tratamento Odontológico - GTO, especificando os procedimentos a serem realizados, para que seja analisado pela operadora, perante a cobertura contratada, exceto nos casos de urgência/emergência, em que o atendimento será imediato.

**1º.** A CONTRATADA se reserva o direito de, a qualquer momento, sob seu exclusivo critério, criar e se utilizar de Token e mecanismos presenciais/eletrônicos, visando a segurança e o aperfeiçoamento no atendimento aos beneficiários.

**2º.** É facultado aos cooperados, contratados ou credenciados da CONTRATADA, lançar Guia de Tratamento Odontológico - GTO DE COBRANÇA, equivalente à falta injustificada, se reincidente, quando o BENEFICIÁRIO injustificadamente deixar de comparecer à consulta agendada.

**Cláusula 31.** A CONTRATADA, quando da apresentação Guia de Tratamento Odontológico - GTO e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

**Cláusula 32.** A Tabela de Atos Odontológicos vigente a época da contratação, poderá ser atualizada pela CONTRATADA, independentemente de autorização do BENEFICIÁRIO.

**Cláusula 33.** O Cartão DENTAL UNI é a identificação do BENEFICIÁRIO perante a operadora, na forma física e/ou virtual, onde contém o nome do BENEFICIÁRIO, o código de identificação perante a operadora e o plano contratado, e pode ser solicitado pelo profissional juntamente com documento de identificação contemplado com foto, bem como ser validado no ato da liberação da Guia de Atendimento, através de mecanismos eletrônicos.

**1º.** Por medidas de segurança, o cartão DENTAL UNI (físico e/ou virtual) ao ser emitido, se encontra bloqueado, e seu desbloqueio deve ser realizado pelo BENEFICIÁRIO/TITULAR/TUTELAR para a realização de qualquer tratamento odontológico vinculado a este contrato.

**2º.** No ato do desbloqueio do cartão, será realizada a validação, complementação e ajustes de dados dos titulares de dados, bem como será apresentado termo previsto pela Legislação, incluindo, sem limitações, todas as provisões relativas a confidencialidade, remediação, retenção e registros de tratamento de dados.

**3º.** O desbloqueio do cartão ou a falta desde, não se confunde com o início de vigência estipulado na Cláusula 15 deste contrato, ficando o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR e dependentes, desde já ciente de suas obrigações.

4º. Referido cartão é pessoal e intransferível, sendo o BENEFICIÁRIO responsável pela exatidão e conferência dos dados fornecidos, pela sua guarda e uso.

**Cláusula 34.** Quando ocorrer à rescisão deste contrato o BENEFICIÁRIO TITULAR terá seu Cartão DENTAL UNI cancelado automaticamente e deverá providenciar o descarte do mesmo.

**Parágrafo único.** A mesma regra se aplica quando solicitado exclusão de um BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.

**Cláusula 35.** No caso de extravio do Cartão DENTAL UNI, o BENEFICIÁRIO deverá comunicar a operadora em um dos seus canais de atendimento, sendo que a falta dessa providência poderá implicar na não continuidade do serviço prestado.

**Parágrafo único.** A emissão de segunda via ocorrerá mediante pagamento do custo de emissão de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00 (dez reais), valor este que será atualizado nos mesmos moldes da Cláusula 54.

**Cláusula 36.** Quaisquer insatisfações dos BENEFICIÁRIOS, quanto ao atendimento recebido, tanto dos profissionais cooperados, contratados ou credenciados da CONTRATADA, bem como dos seus colaboradores, deverão ser comunicados e protocolados através Central de Atendimento, Site e/ou Sítio Eletrônico da Dental Uni, APP mobile, e/ou por escrito junto à CONTRATADA, onde o referido protocolo tem efeito de registro, movimentação e acompanhamento da solicitação.

**Parágrafo único.** Sempre que houver a apresentação de comunicação pelo BENEFICIÁRIO, independente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, será fornecido número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento para fins de controle, identificação e rastreabilidade da manifestação.

## **DA GARANTIA / DIVERGÊNCIA TÉCNICA**

**Cláusula 37.** O tratamento realizado pelos profissionais cooperados, contratados ou credenciados da CONTRATADA, é garantido por 1 (um) ano, contado da data de sua conclusão, observando-se a natureza do procedimento odontológico e as circunstâncias em que foi realizado.

1º. Por se tratar de atividade de meio e não de fim, o beneficiário deverá procurar o profissional ao qual realizou o tratamento odontológico, ficando este desde já ciente que deverá passar por avaliação do profissional ao qual realizou o seu tratamento para identificar o fato gerador.

2º. Após avaliação, o pedido de garantia pode ser deferido, sendo necessário o retratamento, ou indeferido vez que, em muitos casos, independe da ação do profissional.

**Cláusula 38.** Havendo divergência a respeito do procedimento indicado pelo cooperado, contratado ou credenciados da DENTAL UNI, a Operadora deverá, justificadamente, manifestar a ele a indicação que entende necessária, ou a ausência de necessidade da realização do procedimento indicado, para que ele, de maneira também justificada, acolha a indicação feita pela Operadora, ou mantenha a indicação original, que caracterizará o impasse, e que deverá ser solucionado através da Junta odontológica, que será composta pelo Cirurgião-Dentista cooperado, contratado ou credenciado da DENTAL UNI, o Cirurgião-dentista auditor da Operadora e um terceiro escolhido de comum acordo.

**Parágrafo único.** Para agilizar a realização da Junta Odontológica, quando necessária, visando assegurar o atendimento no prazo da RN 259, se for o caso, o cooperado, contratado ou credenciado, de imediato, deverá ajustar com a DENTAL UNI a definição do Cirurgião-Dentista desempatador e disponibilizar todos os documentos para a realização da Junta sem a necessidade da presença do beneficiário perante os profissionais dentistas.

**Clausula 39.** A CONTRATADA se reserva o direito de a qualquer momento, encaminhar o BENEFICIÁRIO para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de procedimentos, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da CONTRATADA.

**Parágrafo único.** Os dados oriundos destas consultas de avaliação serão tratados de acordo com o sigilo inerente a atividade regulada em questão e não serão transferidos para operadores que não façam parte da cadeia de operação da CONTRATADA, a qual possui responsabilidade em operar tais dados como Controladora.

## **DA DIVULGAÇÃO DA REDE**

Cláusula 40. O Guia do Beneficiário editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, credenciados e/ou contratados, bem como a relação com os respectivos endereços, estará disponível no site da DENTAL UNI ([www.dentaluni.com.br](http://www.dentaluni.com.br)), no APP mobile, em qualquer uma das unidades da DENTAL UNI e através do serviço de teleatendimento (Central de Atendimento).

**Parágrafo único.** A CONTRATADA poderá, em qualquer momento e sob seu critério exclusivo, alterar por quaisquer motivos a relação dos cirurgiões-dentistas cooperados, credenciados e/ou contratados, devendo comunicar essas alterações aos BENEFICIÁRIOS através dos meios de comunicação.

## **FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

**Cláusula 41.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR pagará à CONTRATADA os seguintes valores:

I - por BENEFICIÁRIO inscrito no Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato, a mensalidade descrita na Proposta de Adesão, que será discriminada em fatura de prestação de serviços emitida pela CONTRATADA;

**Parágrafo único.** A mensalidade que o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão, INDEPENDENTE DE SUA UTILIZAÇÃO.

**Cláusula 42.** O pagamento da mensalidade será realizada pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR impreterivelmente conforme escolhido no ato da contratação. São eles:

a. Cartão de Crédito Recorrente;

**1º.** O valor do plano comercializado e ofertado no ato da contratação poderá variar conforme a opção de pagamento escolhida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR no ato da contratação, ficando este desde já ciente que a alteração na forma de pagamento ao decorrer do contrato também modificará o valor da mensalidade por vida contratada e não seguirá a tabela de comercialização vigente a época da contratação, se já completados os 12 (doze) primeiros meses de vigência, em virtude do reajuste contratual.

**2º.** Salvo nas formas de pagamento “Anual”, quando houver a necessidade de inclusão e/ou exclusão de um ou mais BENEFICIÁRIOS, e a cobrança relativa ao mês em vigor já tenha sido emitida, o abatimento e/ou acréscimo do valor da mensalidade referente à exclusão e/ou inclusão será efetuada na mensalidade do mês subsequente.

**3º.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR poderá a seu único e exclusivo critério, alterar a data de vencimento do plano contratado, a qualquer momento, ficando desde já ciente que será devido à DENTAL UNI o valor correspondente a 01 (uma) mensalidade mês, independente do intervalo que existirá entre tais mensalidades, quando houver a mudança da data de vencimento.

**Cláusula 43.** Optando pelo pagamento por meio de cartão de crédito recorrente, o CONTRATANTE fica responsável pelas informações fornecidas referentes aos dados do cartão, bem como se compromete a informar sobre alterações referente a mudança do cartão de crédito no caso de extravio, vencimento do cartão e/ou mudança de bandeira, e compromete-se a consultar sua movimentação financeira, mantendo saldo suficiente para a quitação mensal do débito.

**Parágrafo único.** Não havendo pagamento por limite insuficiente, divergência nas informações repassadas do cartão, troca de bandeira, extravio, vencimento, bloqueio, entre outros, serão passíveis de cobrança e/ou reapresentação após a constatação do inadimplemento, ficando o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR desde já ciente que os valores decorrentes de tal inadimplência são efetivamente devidas.

**Cláusula 44.** Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

**1º.** O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

**2º.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR se obriga a informar endereço eletrônico válido, onde afirma estar ciente que o endereço disponibilizado também será utilizado para recebimento de avisos, protocolos de atendimento, notificações relativas à cobrança e rescisão de contrato quando por inadimplência.

**Cláusula 45.** Havendo a possibilidade de parcelamento dos procedimentos não cobertos pelo plano contratado, o BENEFICIÁRIO desde já fica ciente que:

- a. o parcelamento do ato complementar estará sujeito às regras internas da DENTAL UNI e/ou da Rede Credenciada;
- b. se disponibilizado o parcelamento através de boleto bancário, este será submetido a análise de crédito.

**Cláusula 46.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR reconhece expressamente que os valores devidos por força deste contrato constituem dívidas líquidas, certas e exigíveis, facultando à DENTAL UNI em caso de falta de pagamento de qualquer deles, proceder à cobrança por meio de execução judicial do valor principal, acrescido dos encargos previstos, bem como incluir o nome do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR como inadimplente, nos cadastros de proteção ao crédito, tais como SCPC, SERASA, Vídeo Cheque, entre outros.

## **REAJUSTE**

**Cláusula 47.** Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação positiva do Índice IGP-M/FGV. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

**Parágrafo único.** Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

**Cláusula 48.** Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

**Cláusula 49.** Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação

pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

**Cláusula 50.** Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

## **FAIXAS ETÁRIAS**

**Cláusula 51.** Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em relação à idade dos BENEFICIÁRIOS.

## **CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO**

**Cláusula 52.** O BENEFICIÁRIO DEPENDENTE será excluído do plano odontológico nos casos de:

- a. perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b. infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c. a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR.

**1º.** A extinção do vínculo do titular, por morte, assegura aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

**2º.** O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

**Cláusula 53.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR poderá requerer, nos moldes da RN 412/2016, a exclusão de qualquer BENEFICIÁRIO DEPENDENTE inscrito, permanecendo intactos os benefícios aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES remanescentes.

## **RESCISÃO**

**Cláusula 54.** Durante o período de vigência deste contrato, o mesmo poderá ser rescindido nas seguintes hipóteses:

- a. a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR;
- b. pela CONTRATADA, somente nas hipóteses abaixo (art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998):
  1. b. fraude comprovada;
  2. b. não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, o que será efetivado pela CONTRATADA por meio eletrônico (WhatsApp, e-mail, SMS, dentre outros), conforme entendimento da Diretoria de Fiscalização e Súmula Normativa nº 28/2015 da ANS.

**Cláusula 55.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR poderá requerer o cancelamento do contrato ou a exclusão dos dependentes das seguintes formas:

I – presencialmente, na sede da associação;

II – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela associação; ou

**Cláusula 56.** O pedido de cancelamento ou exclusão tem EFEITO IMEDIATO a partir da ciência da operadora. Após a data e horário da sua solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato, o BENEFICIÁRIO não estará mais coberto pelo seu plano contratado.

**1º.** Qualquer procedimento odontológico, mesmo que já autorizado pela DENTAL UNI, não será realizada após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato.

**2º.** O pedido de cancelamento ou exclusão de contratos individuais ou familiares, independente da sua utilização, não exime o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR do pagamento de multa rescisória, prevista em contrato, quando a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, observada a data de assinatura da proposta de adesão ou da aceitação da mesma.

**Cláusula 57.** É facultado à ACBI, ao seu único e exclusivo critério, considerar rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento dos valores contratuais por período superior a 60 (sessenta) dias, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência, observada a determinação do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656/98, sendo-lhe direito requerer judicialmente a quitação do débito ou em caso de fraude comprovada.

**1º.** A notificação supracitada, poderá ser efetivada pela CONTRATADA por meio eletrônico (WhatsApp, e-mail, SMS, dentre outros), por telefone, correspondência ou por edital, o que ocorrer primeiro.

**2º.** No final da vigência de 12 (doze) meses, é facultado ao BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR denunciá-lo, sendo devidos os valores contratuais vencidos e vincendos até o último dia de vigência do contrato.

**3º.** Se a exclusão do titular ou de seus dependentes se der antes do término do prazo mínimo de permanência de 12 (doze) meses da Proposta de Adesão ou da aceitação, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR pagará indenização de 20% (vinte por cento) sobre as mensalidades restantes do BENEFICIÁRIO excluído, calculada sobre o período de 12 (doze) meses, ou proporcionalmente ao período restante para findar o prazo mínimo de permanência, acaso menor. O mesmo critério de multa é também aplicável ao cancelamento do contrato antes do prazo mínimo de vigência.

**4º.** Ocorrendo a rescisão do contrato, qualquer que seja o motivo, não haverá devolução de valor pago a qualquer título e de qualquer espécie.

**5º.** Independente de utilização, todas as mensalidades devidas até à data do cancelamento que ainda estiverem pendentes de pagamento são devidas.

**6º.** Na hipótese de denúncia antecipada do contrato ou pedido de exclusão de dependentes pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, e tendo ele optado pela modalidade de pagamento mediante débito em conta corrente, fica ciente que, em razão dos trâmites administrativos da Instituição Bancária, pode haver o desconto do débito em sua conta corrente. Caso ocorra o débito programado após denúncia do contrato o mesmo será devolvido em conta corrente na qual houve o desconto, podendo em caso de inadimplência ou cobrança de multa, ser utilizada para abater as mesmas.

**7º.** Na hipótese de denúncia antecipada do contrato ou pedido de exclusão de dependentes pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, e tendo ele optado pela modalidade de pagamento “anual” via cartão de crédito ou boleto bancário, fica ciente que, a CONTRATADA concederá o crédito correspondente ao saldo remanescente em conta corrente do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, já deduzido o valor de multa.

**8º.** Se no ato do pedido de denúncia antecipada ou pedido de exclusão de dependentes, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR optou pelo pagamento anual através de parcelamento no cartão de crédito, e identificado que constam parcelas a vencer, a CONTRATADA providenciará o pedido de cancelamento das parcelas vincendas junto à administradora de cartões, podendo a CONTRATADA solicitar o abatimento da multa prevista no parágrafo 3º da Cláusula 64, ou o lançamento da multa junto a administradora de cartões.

**9º.** Não havendo crédito para abatimento ou não havendo a possibilidade de lançamento da multa perante a administradora de cartões, a CONTRATADA emitirá boleto em favor do BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR.

**10º.** No caso de rescisão desse contrato, qualquer que seja o motivo, ou a forma de pagamento, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR desde já autoriza a DENTAL UNI a proceder à compensação de valores eventualmente pagos durante a vigência do Contrato com valores devidos em razão de inadimplência, multas ou demais despesas incorridas pelo BENEFICIÁRIO no curso da relação.

**11º.** Nos casos de rescisão contratual a ACBI se compromete a imediatamente excluir ou anonimizar os dados dos clientes/usuários que estiverem em seu poder.

## **DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

**Cláusula 65.** Para fins do CONTRATO, consideram-se Dados Pessoais todas e quaisquer informações reveladas pelos BENEFICIÁRIOS à ACBI, que permitam a identificação exata e precisa de uma determinada pessoa, seja de forma oral, visual ou por outra forma tangível, incluindo, porém não se limitando, a documentos, dispositivos e meios legíveis por computador, bem como por meio de acesso e manipulação dos arquivos em servidores específicos para o Projeto.

**Cláusula 66.** Serão tratados como Dados Pessoais, no âmbito do CONTRATO, todos os dados cadastrais tais como, nome, idade, CPF, RG, CTPS, PIS, CNH, endereço físico e de e-mail, latitude e longitude, telefone, origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político e todas as demais informações fornecidas pelos BENEFICIÁRIOS, no âmbito do CONTRATO.

**Cláusula 67.** Para fins da legislação aplicável e para fins da gestão dos Dados Pessoais, a ACBI será considerada a operadora em relação aos Dados Pessoais disponibilizados pelos BENEFICIÁRIOS durante a execução do CONTRATO.

**Cláusula 68.** Quaisquer dados fornecidos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR e BENEFICIÁRIO DEPENDENTE para a DENTAL UNI são de sua responsabilidade, conforme consta no Termo de Consentimento, sendo que a sua exatidão servirá para a boa execução do contrato de prestação de serviços odontológicos.

**Cláusula 69.** A ACBI será a única responsável por determinar as finalidades e o modo em que os Dados Pessoais poderão ser processados, podendo recusar-se a disponibilizar informações caso não considere o meio de comunicação seguro e adequado.

**Cláusula 70.** Sem prejuízo do acima disposto, na hipótese de a ACBI, por qualquer razão, vir a ser responsabilizada por quaisquer obrigações decorrentes e/ou relativas da utilização indevida dos Dados Pessoais adquiridos em decorrência do CONTRATO por parte dos BENEFICIÁRIOS, estes deverão ressarcir integralmente a DENTAL UNI por todas e quaisquer despesas, inclusive honorários advocatícios e custas judiciais, decorrentes de tais reclamações e/ou ações.

**Cláusula 71.** As obrigações de proteção dos Dados Pessoais adquiridos em decorrência do CONTRATO perdurarão enquanto as informações ainda existirem, continuando válidas mesmo após o término da vigência do CONTRATO.

## **DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 72.** Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

**Cláusula 73.** São adotadas as seguintes definições:

**ACIDENTE PESSOAL:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional,

como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

**ANONIMIZAR:** aquele dado que, originariamente, era relativo a uma pessoa, mas que passou por etapas que garantiram a desvinculação dele a essa pessoa.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL:** é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

**ATO/PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO:** procedimento odontológico constante na Tabela de Atos Odontológicos constante no Anexo I.

**BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

**CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do BENEFICIÁRIO, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos BENEFICIÁRIOS pela contraprestação.

**CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o CONTRATANTE paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

**CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** cédula onde se determina a identidade do BENEFICIÁRIO e código de inscrição.

**CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:** relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

**CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

**CO-PARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

**CONSULTA:** é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

**CONTRATADA:** operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.

**CONTRATANTE:** Beneficiário Titular/Tutelar responsável pela contratação do plano.

**DEPENDENTE:** BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um BENEFICIÁRIO TITULAR. Pessoa física com vínculo familiar com o BENEFICIÁRIO TITULAR do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

**EVENTO:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do BENEFICIÁRIO em decorrência de acidente pessoal ou doença.

**EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

**FRANQUIA:** é o valor financeiro a ser pago pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - GTO:** documento no qual o prestador do serviço discriminará os procedimentos necessários ao tratamento do BENEFICIÁRIO, que somente terá validade legal após ser autorizado pela DENTAL UNI, responsável pelo tratamento, e pelo CONTRATANTE.

**JUNTA ODONTOLÓGICA:** junta formada por profissionais cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, constituída após busca de consenso sem resolução, podendo ocorrer na modalidade presencial, quando se fizer necessária a presença do beneficiário junto ao(s) profissional(ais) cirurgião(ões)-dentista(s), ou à distância, na hipótese em que não for necessária a presença do beneficiário junto ao(s) profissional(ais) cirurgião(ões)-dentista(s).

**LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES:** mecanismo de acesso oferecido ao BENEFICIÁRIO que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

**MENSALIDADE:** é a contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à operadora.

**ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

**PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

**PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

**PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

**REEMBOLSO:** Entende-se por reembolso o pagamento ao BENEFICIÁRIO inscrito no Plano, das despesas com assistência odontológica, por ele efetuadas quando na área de atuação do referido contrato não conter prestadores de serviços integrantes da rede cooperada, credenciada e/ou contratada da Dental Uni, decorrente de eventos cobertos, até os limites estabelecidos do plano contratado

**TITULAR:** é o BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

**TUTELAR:** o BENEFICIÁRIO TUTELAR é o responsável legal do BENEFICIÁRIO DEPENDENTE do plano, por razões legais ou determinação judicial, representando o BENEFICIÁRIO DEPENDENTE perante a CONTRATADA, respondendo em nome deste por todas as obrigações e direitos decorrentes deste contrato.

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:** consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

**USO - UNIDADE DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO:** número quantitativo que define o custo de um ato odontológico.

**Cláusula 74.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR compromete-se a fornecer uma relação de todos os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, com nome completo, qualificação, endereço, números de RG e CPF, assim como nome completo e grau de parentesco, os quais somente serão aceitos e validados mediante assinatura e/ou aceitação do Termo de Consentimento de utilização de dados.

**Cláusula 75.** OS BENEFICIÁRIOS reconhecem que o tratamento dentário a que se submeterem é uma prestação de serviços caracterizada como obrigação de meio, e não de resultado, estando cientes de que o melhor proveito dependerá da observância das condutas profiláticas indicadas pelo profissional cooperado, contratado ou credenciado da DENTAL UNI, com irrepreensível disciplina quanto à higiene e assiduidade nos retornos de controle na manutenção dos

tratamentos, responsabilizando-se pelas consequências advindas pelos insucessos por sua negligência em seguir as orientações propostas.

**Cláusula 76.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, por si e DEPENDENTES, desde logo autoriza a DENTAL UNI a prestar aos órgãos de fiscalização e controle de assistência à saúde todas as informações cadastrais que forem requisitadas, inclusive concernentes aos atendimentos.

**Cláusula 77.** Este contrato poderá sofrer adições, substituições ou modificações, seja no tocante aos serviços prestados, seja no tocante às cláusulas e condições contratuais.

**1º.** Todas as alterações e modificações deste contrato, sob pena de invalidade, serão efetuadas mediante protocolo e/ou documento expresso assinado pelas partes.

**2º.** A invalidade ou ineficácia de alguma cláusula específica deste contrato não gerará a nulidade das demais disposições pactuadas.

**Cláusula 78.** As alterações de informações da Proposta de Adesão, tais como inclusões, exclusões e migrações de BENEFICIÁRIOS deverão ser requeridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR junto à DENTAL UNI, sempre por escrito e mediante protocolo, conforme documento padrão elaborado pela DENTAL UNI, não considerando válidos pedidos que não atendam esse procedimento.

**1º.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR compromete-se a manter regularmente atualizados seus dados cadastrais, no tocante ao endereço eletrônico (e-mail), telefone residencial, celular e o endereço residencial para o encaminhamento de informações e/ou documentos relativos ao plano contratado.

**2º.** Ainda, o BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, por si e DEPENDENTES, desde logo autoriza a DENTAL UNI a enviar informativos e/ou notificações por meio eletrônico (WhatsApp, e-mail, SMS, dentre outros).

**Cláusula 79.** A eventual aceitação, por uma das partes, da inexecução, pela outra, de quaisquer cláusulas ou condições deste contrato, qualquer tempo, deverá ser interpretada como mera liberalidade, não implicando, portanto, na desistência de exigir o cumprimento das disposições aqui contidas ou do direito de pleitear, futuramente, a execução total de cada uma das obrigações.

**Cláusula 80.** As partes não poderão ceder ou transferir, a qualquer título e sob qualquer forma, total ou parcialmente, este contrato, sob pena de ser considerado rescindido, imediata e automaticamente.

**Cláusula 81.** O BENEFICIÁRIO reconhece expressamente que seu vínculo contratual é restrito à DENTAL UNI.

**Cláusula 82.** Os custos fiscais decorrentes deste contrato serão suportados pela DENTAL UNI.

**Cláusula 83.** O BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR declara, por si e por seus DEPENDENTES, ter ficado de posse deste contrato, de seus Anexos e de todos os documentos neles mencionados por um prazo que lhe permitiu ler todas as suas cláusulas e condições, conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor, o que lhe possibilita concordar expressamente com todo o seu conteúdo, inclusive com as dimensões e os tipos gráficos utilizados para as impressões.

**Cláusula 84.** Este contrato e os documentos nele mencionados foram elaborados com base na legislação pertinente vigente na data da sua assinatura, fato que permite à DENTAL UNI, caso surjam novas alterações que impliquem modificações do que aqui foi acordado, proceder a novo ajuste nas condições, inclusive com relação aos valores pactuados, desde que previamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**Cláusula 85.** Os contratos firmados com a CONTRATADA, de forma não presencial poderão ser rescindidos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR/TUTELAR, sem qualquer ônus, em até 7 (sete) dias, contados da assinatura da proposta de adesão ou aceitação do contrato no ato da venda.

## **ELEIÇÃO DE FORO**

E, por estarem assim justos e contratados, elegem o FORO da comarca do CONTRATANTE para resolver questões oriundas do presente contrato e firmam o presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito, na presença de duas testemunhas, que também assinam.

Curitiba – PR, XX de XXXXXX de XXXXXX

Contratada: **Associação Cristã de Benefícios Integrados – ACBI**



**Paulo E S Bueno Ormerod**  
Presidente



**Lucas Marques Granzoti**  
Tesoureiro

**REGIME DE CONTRATO**  
Coletivo por Adesão

**ÁREA DE ABRANGENCIA**  
Regional B –Grupo de Municipios

**CONTRATANTE**

O(a) Sr(a): **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** portador do CPF **XXXXXXXXXX**,  
identificado(a) na “**Proposta de Adesão**” e doravante denominado(a)  
simplesmente de **Beneficiário(a)**.

## **OPERADORA CONTRATADA**

DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, CNPJ 78.738.101/0001-51,  
com sede a Rua Irmã Flávia Borlet, 197, Hauer, CEP 81630-170, Curitiba – PR,  
denominada doravante DENTAL UNI representada pelo seu Presidente DR.  
LUIZ HUMBERTO DE SOUZA DANIEL, portador de RG 2.129.230-3 e CPF  
661.659.709-15 e pelo Vice Presidente DR. PAULO HENRIQUE CARIANI,  
portador de RG 3.991.691-6 e CPF 726.891.029-00, assinados perante o 2º  
Cartório de Registro de Títulos e Documentos em Curitiba, Estado do Paraná.

## **DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE DO TITULAR / RESPONSÁVEL**

Declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento dos termos de  
Contrato Particular de Assistência Odontológica, cuja cópia fiel encontra-se na  
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, registrada sob o nº.  
476.697/16-1, efetuada em 02/09/2016 o qual segue as atualizações constantes  
na RN 195 em 14/12/2009.

Declaro ter ciência que o CONTRATO ampliado, referente ao Plano AVANÇADO  
MAIS (DENTAL ELITE) nº **457** juntamente com as informações do plano  
contratado e a Tabela de Cobertura / Tabela Geral da Dental Uni será enviado  
no meu endereço eletrônico **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** indicado no ato da adesão.

Declaro também que, anteriormente a adesão ao plano contratado, recebi o  
Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS, o qual pude  
ler e compreender e aceitar os termos da presente contratação.

Desde logo autorizo a DENTAL UNI a enviar informativos e/ou notificações  
relativos ao plano contratado, por meio eletrônico (WhatsApp, e-mail, SMS e  
demais plataformas autorizadas pela Dental Uni).

Assumo, a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e  
espontaneamente, e na qualidade de titular/tutelar responsável pelos  
beneficiários nomeados na “Proposta de Adesão” dos quais assumo como  
devedor e principal pagador a obrigação pelos pagamentos dos valores a que  
este plano der causa, bem como o efetivo cumprimento das demais condições e  
obrigações elencadas neste instrumento pelo prazo contratado na “Proposta de  
Adesão”, que agora subscrevo.

Data Assinatura: **xx/xx/xxxx**

Contratante: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX (XXX.XXX.XXX-XX)**

**IP: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Operadora Contratada: **Associação Cristã de Benefícios Integrados – ACBI**



**Paulo E S Bueno Ormerod**  
**Presidente**



**Lucas Marques Granzoti**  
**Tesoureiro**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Por meio do presente Termo de Consentimento, você, BENEFICIÁRIO da ASSOCIAÇÃO CRISTÃ DE BENEFÍCIOS INTEGRADOS – ACBI, associação civil sem fins econômicos, com sede em Curitiba-PR, sito na Rua Amazonas de Souza Azevedo, 245 -, inscrita no CNPJ/MF sob no 08.285.973/0001-26, neste ato representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada “ACBI” ou “CONTRATADA”, autoriza o tratamento dos seguintes dados pessoais, coletados durante a vigência do Contrato de Plano Odontológico e obrigatórios perante a Lei, mesmo após a rescisão deste, conforme segue: (i) nome, CPF e data de nascimento com a finalidade de identificação precisa do Beneficiário para a segurança no contato e compartilhamento de dados; e (ii) nome completo da mãe e Cartão Nacional de Saúde (CNS) para fins regulatórios; (iii) e-mail, telefone com a finalidades de contatos para o envio de informações via endereço eletrônico, WhatsApp, SMS e demais plataformas autorizadas pela Dental Uni de novos produtos, ofertas, descontos e promoções da Operadora, o que fica, desde já, expressamente autorizado pelo Beneficiário neste Termo de Consentimento.

Este Termo de Consentimento poderá ser revogado a qualquer momento, imediatamente e sem qualquer custo, por meio dos seguintes contatos:

**-Telefones** – Ligue para 41 3264-6711

**-E-mail** – [acbi@acbi.com.br](mailto:acbi@acbi.com.br)

Havendo a revogação deste Termo de Consentimento ficam ratificados os tratamentos realizados sob amparo deste enquanto não houver o requerimento de eliminação dos dados pessoais pelo Beneficiário, na forma da Lei.

O Beneficiário poderá, ainda, utilizar o contato supramencionado para:

- (i) confirmar a existência e acessar os seus dados tratados pela ACBI;
- (ii) solicitar a cópia integral de seus dados pessoais ou a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- (iii) requerer a anonimização, o bloqueio ou a eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei;

(iv)requerer a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa;

(v) solicitar a eliminação dos dados pessoais tratados; e (vi) solicitar informações sobre as entidades públicas e privadas com as quais a ACBI tenha realizado o uso compartilhado de seus dados pessoais.

O Beneficiário, por fim, consente e autoriza expressamente a ACBI a tratar os dados pessoais acima descritos para as finalidades especificadas.

Data Assinatura: **XX/XX/XXXX**

Contratante: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX (XXX.XXX.XXX-XX)**

**IP: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**