



## REGULAMENTO DO PLANO ODONTOLÓGICO DA UNIMED CHAPECÓ

### CAPÍTULO I DA CONCEPÇÃO E OBJETIVOS

Art. 1º O Plano Odontológico tem por objetivo oferecer e assegurar aos empregados da Unimed Chapecó e seus dependentes atendimento odontológico por meio de profissionais e/ou estabelecimentos credenciados pela UNIMED ODONTO, na área de saúde bucal, pelas modalidades de plano odontológico **ESSENCIAL, ESSENCIAL PLUS DOC E PLENO**.

Art. 2º O Plano Odontológico visa garantir aos beneficiários incluídos no contrato o pagamento diretamente ao prestador dos serviços 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 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 ANS - Agência Nacional de Saúde.

Art. 3º 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.

### CAPÍTULO II ABRANGÊNCIA

Art. 4º São abrangidos pelo Plano Odontológico todos os EMPREGADOS oriundos de contrato de trabalho por prazo indeterminado, estagiários e jovem aprendiz denominados simplesmente como **BENEFICIÁRIO TITULAR**, bem como seus dependentes, conforme capítulo III.

§ 1º Os **BENEFICIÁRIOS TITULARES** que possuírem contrato de trabalho com tempo superior a 6 meses com esta cooperativa na data de publicação do presente regulamento, serão inclusos de forma automática a partir do 1º dia do mês subsequente no Plano Odontológico na modalidade **ESSENCIAL**.

§ 2º As novas inclusões para os demais **BENEFICIÁRIOS TITULARES** serão realizadas de forma automática a partir do 6º mês completo de contrato de trabalho com esta cooperativa na modalidade do plano odontológico **ESSENCIAL**.

§ 3º A vigência do Plano Odontológico será sempre a partir do dia 1º do mês subsequente após a inclusão. As movimentações serão realizadas no dia 10 de cada mês para início de vigência no mês subsequente. A entrega da documentação após esta data ficará para a próxima movimentação.

### CAPÍTULO III DOS DEPENDENTES

Art. 5º O plano odontológico será estendido aos dependentes.

§ 1º Consideram-se dependentes dos titulares, para efeito deste Regulamento:

- I – O cônjuge;
- II – O(a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- III – O(s) filho(s) natural(is), adotivo(s), enteado(s) que comprovadamente, esteja, sob dependência econômica do beneficiário titular e/ou menor(es) tutelado(s);
- IV – 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;
- V – O(s) filho(s) de qualquer idade.

§2º Os beneficiários dependentes serão aceitos/inclusos somente quando solicitado formalmente por meio do **Termo de INCLUSÃO de Beneficiários Dependentes no Plano odontológico e Autorização de Desconto em Folha de Pagamento** pelo beneficiário titular. A solicitação de inclusão deverá ser encaminhada ao setor de gestão de pessoas até o dia 10 de cada mês que antecede o prazo de inclusão do titular previsto no capítulo I.

§ 3º O pedido de inclusão de beneficiários dependentes do plano odontológico, poderá ser aceito, desde que se enquadre nas disposições do § 1.º deste artigo, e se refira à mesma modalidade do plano do beneficiário titular.

#### **CAPÍTULO IV DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS**

Art. 6º São deveres dos beneficiários:

- I – Acatar e fazer acatar todas as disposições do presente regulamento;
- II – Exibir a carteira de identificação expedida pela UNIMED ODONTO, bem como documento de identidade (RG, CNH, Carteira de Habilitação Profissional ou CTPS) todas as vezes que utilizar a rede de profissionais/estabelecimentos credenciados;
- III – Permitir ao corpo clínico autorizado pela UNIMED ODONTO, o acesso ao seu prontuário odontológico que se encontre sob a guarda dos profissionais/estabelecimentos credenciados ou referenciados;
- IV – Caso o titular solicite a alteração da modalidade do plano (individual/familiar) deverá manifestar-se formalmente por meio do **Termo de Alteração de Modalidade do Plano Odontológico e Autorização de Desconto em Folha de Pagamento**.
- V – Caso o titular solicite a inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes de seu plano deverá manifestar-se formalmente por meio do **Termo de INCLUSÃO de Beneficiários Dependentes no Plano odontológico e Autorização de Desconto em Folha de Pagamento** e/ou **Termo de EXCLUSÃO de Beneficiários Dependentes no Plano odontológico e Autorização de Desconto em Folha de Pagamento**.
- VI – Comunicar por escrito à empresa prestadora quaisquer ocorrências contrárias às determinações previstas neste regulamento.

#### **CAPÍTULO V DAS MODALIDADES**

Art. 7º O Plano Odontológico fornecido aos **BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES** da UNIMED ODONTO prevê três modalidades, sendo elas: **Essencial (rol ANS)**, **Essencial Plus Doc** e **Pleno**.

§ 1º O quadro abaixo demonstra os valores de mensalidade, de acordo com cada modalidade para o beneficiário Titular e Dependente:

VALORES DE MENSALIDADES		
Modalidade do Plano Odontológico	Beneficiário Titular	Beneficiário Dependente
Essencial	Sem mensalidade	R\$ 13,78 por dependente
Essencial Plus DOC	R\$ 9,28	R\$ 23,06 por dependente
Pleno	R\$ 9,73	R\$ 23,51 por dependente

§ 2º Os valores previstos no quadro acima poderão sofrer reajustes anualmente de acordo com o IGPM - Índice geral de Preço de Mercado/FGV em conjunto com a utilização do serviço, caso seja superior a meta de sinistralidade 70%.

§ 3º O **BENEFICIÁRIO TITULAR** que optar por incluir dependentes e/ou alterar a modalidade para Essencial Plus Doc ou Pleno terá o valor da mensalidade descontada em sua folha de pagamento, conforme quadro de Valores de Mensalidades.

§ 4º O **BENEFICIÁRIO TITULAR** ao optar pela modalidade Essencial Plus Doc ou Pleno pagará somente a diferença de mensalidade da modalidade ESSENCIAL.

§ 5º O Plano Odontológico não prevê coparticipação nos procedimentos realizados.

§ 6º O **BENEFICIÁRIO TITULAR** será incluso automaticamente na modalidade **ESSENCIAL (ROL ANS)**, ressalvados os casos em que o mesmo optar por uma modalidade diferente por meio do **Termo de Alteração de Modalidade do Plano Odontológico e Autorização de Desconto em Folha de Pagamento**.

§ 7º O **BENEFICIÁRIO TITULAR** que tiver interesse em optar por outra modalidade (**Essencial Plus Doc ou Pleno**) deverá encaminhar ao setor de gestão de pessoas até o dia 10 de cada mês que antecede o prazo de inclusão do titular previsto no capítulo I. Caso opte pela alteração da modalidade após a inclusão realizada, deverá encaminhar o **Termo de Alteração de Modalidade do Plano Odontológico e Autorização de Desconto em Folha de Pagamento** até o dia 10 de cada mês e fica sujeito ao cumprimento dos prazos de carências mencionados no quadro previsto no capítulo IX.

§ 8º O **BENEFICIÁRIO TITULAR** poderá alterar a modalidade de seu plano odontológico a partir de 12 meses da última modalidade vigente para Downgrade e a cada 12 meses para Upgrade, ficando sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos no capítulo IX.

§ 9º Todos os planos comercializados são regulamentados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), garantindo a cobertura mínima estabelecida no ROL de procedimentos odontológicos.

## CAPÍTULO VI

### EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR OU DEPENDENTES

Art. 8º Em caso de rescisão contratual, seja por solicitação do empregado ou por iniciativa da cooperativa o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seus **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** serão excluídos automaticamente do Plano Odontológico a partir da data de rescisão contratual, encerrando neste ato a permissão para utilização do plano odontológico.

§ 1º O prazo de permanência mínima dos beneficiários no plano deverá ser de 12 (doze) meses a partir da data de inclusão, exceto nos casos de rescisão contratual por qualquer iniciativa. Após esse período poderá solicitar a exclusão do plano a qualquer momento.

§ 2º Quando o beneficiário titular optar por excluir dependente, deverá solicitar formalmente no setor de gestão pessoas por meio do **Termo de EXCLUSÃO de Beneficiários Dependentes no Plano Odontológico e Autorização de Desconto em Folha de Pagamento**. Caso a solicitação de exclusão seja realizada antes de completar os 12 (doze) meses, o beneficiário deverá arcar com os custos das mensalidades, descontados em folha de pagamento, até completar os 12 meses de vigência do contrato.

§ 3º No ato da solicitação ou rescisão contratual no qual o beneficiário titular e dependentes são excluídos, fica obrigatória a devolução do cartão de identificação, conforme previsão do capítulo VII.

## **CAPÍTULO VII**

### **IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

Art. 9º O beneficiário titular e dependente receberá o Cartão Individual de Identificação que consignará o Plano Odontológico contratado, com prazo de validade equivalente ao da vigência do Contrato e prazos de carência, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade (RG, CNH e CTPS) legalmente reconhecido, assegurará o acesso do Beneficiário aos serviços referenciados.

§ 1º Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o beneficiário deverá solicitar por meio do **Termo de Solicitação de 2ª via de Cartão de Identificação do Plano Odontológico e Autorização de Desconto em Folha de Pagamento** no setor de gestão de pessoas, por escrito, a emissão de segunda via. A solicitação de 2ª via terá custo de R\$ 5,00 (cinco reais), os quais serão descontados em folha de pagamento na competência de solicitação.

§ 2º O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, a critério da UNIMED ODONTO, ensejará no pedido de indenização por perdas e danos, bem como na exclusão do respectivo titular, seus dependentes, se houver e suas consequências.

## **CAPÍTULO VIII**

### **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS POR MODALIDADE**

#### **SEÇÃO I**

#### **MODALIDADE ESSENCIAL**

Art. 10 O presente Plano Odontológico na modalidade Essencial, garante pagamento, exclusivamente através da Rede Referenciada, das despesas com assistência odontológica, em todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), efetuadas pelos Beneficiários nos tratamentos que incluem:

- a) A cobertura de exame clínico, de 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, 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 assistente quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

§ 1º Estão abrangidas as seguintes coberturas:

- a) O Plano Essencial 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.

§ 2º Limitações:

- a) Estarão cobertos os honorários dos dentistas assistentes, de acordo com as coberturas expressas neste Contrato;
- b) Consideram-se como despesas cobertas os procedimentos contemplados na Tabela da UNIMED ODONTO, e realizados por profissionais legalmente habilitados pelos conselhos regionais competentes.
- c) A UNIMED ODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Beneficiário com o dentista assistente ou entidades, mesmo quando referenciados por ela. Tais despesas, se existirem, correrão por conta exclusiva do Beneficiário.

§ 3º Rede Referenciada:

- a) O Beneficiário deverá utilizar os serviços referenciados e, em havendo cobertura, as despesas efetuadas serão pagas pela UNIMED ODONTO diretamente à Rede Referenciada, sem desembolso pelo Beneficiário.
- b) A Rede Referenciada estará disponível somente após o recebimento, pelo Beneficiário, do Cartão de Identificação, que será encaminhado no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua inclusão no Plano Odontológico. Durante esse período, os eventos cobertos poderão ser realizados com autorização da Central de Atendimento, nos limites e demais condições contratuais.
- c) Caso o Beneficiário, nesse período, necessite utilizar a Rede Referenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas), da UNIMED ODONTO por meio do telefone 0800 9 428 428, para Autorização Prévia.
- d) A Autorização Prévia somente será efetivada pela UNIMED ODONTO mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Dentista assistente.
- e) A Rede Credenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da UNIMED ODONTO, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente.
- f) A Rede Credenciada pode ser consultada no site [www.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br) ou através do 0800 9 428 428.

§ 4º Exclusões de Coberturas:

I- As despesas que excederem os limites de cobertura do Plano Odontológico contratado, ou que não se relacionem com o tratamento odontológico previsto no Plano Odontológico

correrão, sempre, por conta exclusiva do Beneficiário que as pagará diretamente ao prestador do atendimento.

II- Salvo disposição expressa em contrário, estão excluídas da cobertura deste Plano Odontológico as despesas decorrentes de:

- a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo Plano Odontológico contratado, conforme a cláusula que trata das COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS e eventos não previstos no Rol de Procedimentos referente à Segmentação Odontológica da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento;
- b) Despesas que forem despendidas pelo Beneficiário anteriormente ao início da vigência do Plano Odontológico ou durante o prazo de aquisição do direito à cobertura (carência);
- 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 assistente na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- d) Procedimentos odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Dentista assistente ou sem que o Beneficiário apresente doença ou sintoma;
- e) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- f) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- g) Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório.

III- Também estão excluídas das coberturas do Plano Odontológico:

- a) Despesas com atendimento domiciliar;
- b) Exames laboratoriais de qualquer natureza, observado 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 que não constem no rol ANS;
- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.

## **SEÇÃO II**

### **MODALIDADE ESSENCIAL PLUS DOC**

Art. 11 O presente Plano Odontológico na modalidade Essencial Plus Doc, garante o pagamento, exclusivamente das despesas com assistência odontológica, diretamente ao prestador de serviços (rede referenciada), em todas as especialidades reconhecidas pelos

Conselhos Federais de Odontologia (CFO), efetuadas pelos Beneficiários nos tratamentos que incluem:

- a) A cobertura de exame clínico, de 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, 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 assistente quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

§ 1º Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, também estarão cobertas as despesas para:

- I. Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- II. Redução de tuberosidade;
- III. Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- IV. Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- V. Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- VI. Mantenedor de espaço fixo;
- VII. Mantenedor de espaço removível;
- VIII. Clareamento de dente desvitalizado;
- IX. Enxerto conjuntivo subepitelial;
- X. Enxerto gengival livre;
- XI. Enxerto pediculado;
- XII. Manutenção periodontal;
- XIII. Teste de capacidade tampão da saliva;
- XIV. Teste de contagem microbiológica;
- XV. Documentação periodontal;
- XVI. Discrepância de modelos;
- XVII. Documentação ortodôntica: radiografia panorâmica básica, telerradiografia com traçado e modelo ortodôntico;
- XVIII. Documentação ortodôntica controle: panorâmica com 5 fotos;
- XIX. Documentação ortodôntica completa: básica com 7 fotos e análise cefalométrica extra;
- XX. Documentação ortodôntica especial: completa com telerradiografia com traçado frontal, erup 3ºm;
- XXI. Documentação ortopédica: completa com índice carpal, modelo de trabalho e 9 fotos;
- XXII. Fotografia;
- XXIII. Modelos de trabalho;
- XXIV. Modelos ortodônticos;
- XXV. Panorâmica + modelos ortodônticos;
- XXVI. Panorâmica especial para ATM;
- XXVII. Radiografia panorâmica de mand/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
- XXIX. Técnica de localização radiográfica;
- XXX. Telerradiografia com traçado cefalométrico;

§ 2º Limitações:

- a) Estarão cobertos os honorários dos dentistas assistentes, de acordo com as coberturas expressas neste Contrato;

- b) Consideram-se como despesas cobertas os procedimentos contemplados na Tabela da UNIMED ODONTO, e realizados por profissionais legalmente habilitados pelos conselhos regionais competentes;
- c) A UNIMED ODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Beneficiário com o dentista assistente ou entidades, mesmo quando referenciados por ela. Tais despesas, se existirem, correrão por conta exclusiva do Beneficiário.

§ 3º Exclusão de Coberturas:

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

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

- a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo Plano Odontológico contratado, conforme previsto na Cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS e eventos não previstos no Rol de Procedimentos referente à segmentação odontológica da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento;
- b) Despesas que forem despendidas pelo Beneficiário anteriormente ao início da vigência do Plano Odontológico ou durante o prazo de aquisição do direito à cobertura (carência);
- 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 assistente na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- d) Procedimentos odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Dentista assistente 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) Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório.

III - Também estão excluídas das coberturas do Plano Odontológico:

- a) Despesas com atendimento domiciliar;
- 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, que não estejam descritos na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.



### SEÇÃO III

#### MODALIDADE PLENO

Art. 12 O presente Plano Odontológico garante pagamento, exclusivamente através da Rede Referenciada, das despesas com assistência odontológica, em todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), efetuadas pelos Beneficiários nos tratamentos que incluem:

- a) A cobertura de exame clínico, de 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, 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 assistente quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

§ 1º Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, também estarão cobertas as despesas para:

- I. Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos ;
- II. Redução de tuberosidade;
- III. Remoção de corpo estranho no seio maxilar;
- IV. Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;
- V. Consulta técnica de clareamento dentário caseiro;
- VI. Mantenedor de espaço fixo;
- VII. Mantenedor de espaço removível;
- VIII. Clareamento de dente desvitalizado;
- IX. Enxerto conjuntivo subepitelial;
- X. Enxerto gengival livre;
- XI. Enxerto pediculado;
- XII. Manutenção periodontal;
- XIII. Teste de capacidade tampão da saliva;
- XIV. Teste de contagem microbiológica;
- XV. Documentação periodontal;
- XVI. Panorâmica especial para ATM;
- XVII. Radiografia panorâmica de mand/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico ;
- XVIII. Técnica de localização radiográfica;
- XIX. Telerradiografia com traçado cefalométrico;
- XX. Provisório para faceta;
- XXI. Faceta em cerômero;
- XXII. Provisório para inlay/onlay (cerômero);
- XXIII. Restauração em cerômero – inlay;
- XXIV. Restauração em cerômero – onlay;
- XXV. Coroa total metalo plástica - resina acrílica;
- XXVI. Coroa total metalo plástica – cerômero;

§ 2º Limitações:

- a) Estarão cobertos os honorários dos dentistas assistentes, de acordo com as coberturas expressas neste Contrato;
- b) Consideram-se como despesas cobertas os procedimentos contemplados na Tabela da UNIMED ODONTO, e realizados por profissionais legalmente habilitados pelos conselhos regionais competentes.
- c) A UNIMED ODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Beneficiário com o dentista assistente ou entidades, mesmo quando referenciados por ela. Tais despesas, se ocorrerem, correrão por conta exclusiva do Beneficiário.

§ 3º Rede Referenciada:

- a. O Beneficiário deverá utilizar os serviços referenciados e, em havendo cobertura, as despesas efetuadas serão pagas pela UNIMED ODONTO diretamente à Rede Referenciada, sem desembolso pelo Beneficiário.
- b. A Rede Referenciada estará disponível somente após o recebimento, pelo Beneficiário, do Cartão de Identificação, que será encaminhado no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua inclusão no Plano Odontológico. Durante esse período, os eventos cobertos poderão ser realizados com autorização da Central de Atendimento, nos limites e demais condições contratuais.
- c. Caso o Beneficiário, no período de 30 (trinta) dias descritos na alínea anterior, necessite utilizar a Rede Referenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas), da UNIMED ODONTO por meio do 0800 9 428 428 para Autorização Prévia, se for o caso.
- d. A Autorização Prévia somente será efetivada pela UNIMED ODONTO mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Dentista assistente.
- e. A Rede Credenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da UNIMED ODONTO, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente.
- f. A Rede Credenciada pode ser consultada no site [www.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br) ou através do 0800 9 428 428

§ 4º Exclusões de Coberturas

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

II - Salvo disposição expressa em contrário, estão excluídas da cobertura deste Plano Odontológico as despesas decorrentes de:

- a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo Plano Odontológico contratado, conforme a Cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS e eventos não previstos no Rol de Procedimentos referente a Segmentação Odontológica da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento;
- b) Despesas que forem despendidas pelo Beneficiário anteriormente ao início da vigência do Plano Odontológico ou durante o prazo de aquisição do direito à cobertura (carência);
- c) Despesas hospitalares de internação clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal, exceto os honorários e

materiais utilizados pelo cirurgião-dentista assistente na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

- d) Procedimentos odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Dentista assistente 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) Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório.

III - Também estão excluídas das coberturas do Plano Odontológico:

- a) Despesas com atendimento domiciliar;
- 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.

## **CAPÍTULO IX**

### **PERÍODOS DE CARÊNCIA**

Art. 13 As inclusões de beneficiários titulares, alteração de modalidade e inclusões de dependentes solicitadas até 14/12/2015 não terão carências.

Parágrafo único: As inclusões de beneficiários titulares, alteração de modalidade e inclusões de dependente a partir de 15/12/2015 terão carência, conforme abaixo:

PROCEDIMENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA
Urgência e Emergência	24 hs
Diagnóstico	24 hs
Extração simples/ curativo	24 hs
Prevenção em saúde bucal	60 dias
Radiologia	60 dias
Dentística	60 dias
Cirurgia	60 dias
Periodontia	90 dias

Endodontia	90 dias
Próteses	180 dias
Demais procedimentos	180 dias

## CAPÍTULO X

### ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

At. 14 Este Plano Odontológico não prevê o pagamento de despesas odontológicas em caráter de reembolso (livre escolha de prestadores), sendo que os atendimentos cobertos serão realizados, de forma exclusiva, pela Rede Referenciada da UNIMED ODONTO.

Parágrafo único: Exclusivamente nos casos de urgência e emergência em que o Beneficiário não tenha acesso à Rede Referenciada, fica assegurado o reembolso conforme estabelecido na Tabela da UNIMED ODONTO. Havendo rede credenciada, o Beneficiário deve dirigir-se a mesma para atendimento sem desembolso.

## CAPÍTULO XI

### MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 15 O Beneficiário deverá utilizar os serviços referenciados que possuírem cobertura, colocados à sua disposição para o atendimento odontológico, as despesas originadas do atendimento serão pagas pela UNIMED ODONTO diretamente à Rede Referenciada, sem desembolso pelo Beneficiário.

§ 1º A Rede Referenciada estará disponível somente após o recebimento, pelo Beneficiário, do Cartão de Identificação, que será encaminhado no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua inclusão no Plano Odontológico.

§ 2º A UNIMED CHAPECÓ, bem como a UNIMED ODONTO não se responsabilizarão por quaisquer acordos ajustados particularmente pelos beneficiários com o cirurgião-dentista credenciado, contratado ou não. Tais despesas, quando existirem, correrão por conta exclusiva do beneficiário.

§ 3º A UNIMED CHAPECÓ e a UNIMED ODONTO não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente e/ou no contrato.

§ 1º A Autorização Prévia somente será efetivada pela UNIMED ODONTO mediante avaliação das informações constantes na solicitação do dentista assistente. As autorizações são on line e imeditadas, salvo as autorizações para prótese as quais podem levar até 72 horas.

§ 2º Nos casos de atendimento de urgência ou emergência, o Beneficiário que se utilizar de recurso não referenciado deverá solicitar reembolso à UNIMED ODONTO, que será reembolsado de acordo com a Tabela da UNIMED ODONTO, dentro das condições deste Plano Odontológico.

§ 3º A Rede Referenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da UNIMED ODONTO, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente.

## **CAPÍTULO XII**

### **UTILIZAÇÃO INDEVIDA**

Art. 17 O uso indevido do Cartão de Identificação, de qualquer Beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do Beneficiário Principal e de todo o grupo familiar a ele vinculado, sem prejuízo das demais sanções legais.

## **CAPÍTULO XIII**

### **OBSERVAÇÕES GERAIS**

Art. 18 Com a assinatura do **TERMO DE ADESÃO E CIÊNCIA AO REGULAMENTO DO PLANO ODONTOLÓGICO**, o **EMPREGADO** deixa autorizado em caráter irrevogável o desconto da mensalidade do plano odontológico, quando este optar pela modalidade ESSENCIAL PLUS DOC ou PLENO.

Art. 19 O Plano Odontológico vincula-se, de forma operacional, ao Setor de Gestão de Pessoas da Unimed Chapecó, sendo este responsável por documentar os processos e manter o arquivo.

Art. 20 O presente Regulamento do Plano odontológico foi submetido à apreciação e deliberação do Conselho de Administração da Unimed Chapecó na reunião realizada em 18 de Novembro de 2015, restando aprovado na íntegra, entrando em vigor em 02 de dezembro de 2015.

Chapecó (SC), 01 de Dezembro de 2019.



**JOSÉ PEGORARO FORESTI**  
**PRESIDENTE**  
**UNIMED CHAPECÓ**