

HEAOLU CORRETORA E ADM INISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA | CNPJ: 22.064.768/0001-61
Endereço: Rua Pedro Alvim, 55 A, Sala 3, Vila Junqueira, Atibaia - SP

Início de vigência
15/03/2021

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

Os serviços emergenciais estarão disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana.

ABRAGÊNCIA TERRITORIAL:

Os serviços contidos nas Assistências HEAOLU estão disponíveis em todo território nacional.

ATENDIMENTO VIA TELEFONE:

Os serviços contidos nas Assistências HEAOLU estão disponíveis e deverão ser solicitados através do telefone gratuito 0800-721-3866

| PRODUTO CONTRADO | RESUMO BÁSICO DOS PRODUTOS CONTRATOS |
|--|---|
| Linha de Produtos | Resumo do produto |
| <input checked="" type="checkbox"/> PLANO BASIC | Funeral Completo |
| <input type="checkbox"/> PLANO STANDART | Funeral Individual + Desc. Medicamentos + Clube + Capitalização (Sorteio) |
| <input type="checkbox"/> PLANO PREMIUM | Funeral Individual + Desc. Medicamentos + Ass. PET + Ass. Veículo + Clube + Capitalização (Sorteio) |
| <input type="checkbox"/> PLANO STANDART FAMILIAR | Funeral Familiar + Desc. Medicamentos + Clube + Capitalização (Sorteio) |
| <input type="checkbox"/> PLANO PREMIUM FAMILIAR | Funeral Familiar + Des. Medicamentos + PET + Ass. Veículo + Clube + Capitalização (Sorteio) |
| <input type="checkbox"/> ODONTO DENTALUNI INDIVIDUAL ESSENCIAL | Plano Odontológico Dental UNI Essencial Individual Titular |

Dados do Vendedor

| | | | |
|---|---|--|----------|
| Cód. da Concessionária 22064768000161 | Nome da Concessionária HEAOLU CORRETORA E ADM DE SEGUROS | | |
| Nome da Concessionária (continuação) | | DDD | Telefone |
| Cód. do Gerente / Supervisor 12655561805 | CPF do Gerente / Supervisor 126.555.618-05 | Nome do Gerente / Supervisor PATRÍCIA MOTA MENDES LUIZ SANTOS | |
| Nome do Gerente / Supervisor (continuação) | | | |
| Nome do Produtor / Angariador fco jose | | CPF do Produtor / Angariador 04505416305 | |

Valor do Produto Contratado

| LINHA DE PRODUTOS H2U | | DADOS DA CONTRATAÇÃO | |
|---------------------------------------|------------|----------------------|-------------|
| Nome do Plano Escolhido | Quantidade | Valor Unitário | Valor total |
| | 1 | | 0 |
| ODONTO DENTALUNI INDIVIDUAL ESSENCIAL | | | 0 |

Endereço Residencial

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------|-------------------------------|------------------|--------------------|----------|
| CEP 07095010 | Logradouro RUA ARMINDA DE LIMA | | | | | |
| Logradouro (continuação) | | | Número 325 | Complemento B | | |
| Bairro* CENTRO | | | Município* GUARULHOS | | | UF SP |
| DDD | Telefone Residencial | DDD 85 | Telefone Celular 997329876 | DDD | Telefone Comercial | Ramal |
| E-mail we.silveira@outlook.com | | | | | | |

Relação dos Beneficiários

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-------------|--|--|---|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|
| 01 | CPF* | 04505416305 | | | | | | OU/RG* | 200500 | | | | | |
| | Nome Completo e sem abreviações TESTE WELLINGTON | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros | | | | | | | | | | | | | |
| | Data de Nascimento 05/06/1991 | | Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Titular <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input checked="" type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Plano Odontológico | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | CPF* | | | | | | | OU/RG* | | | | | | |
| | Nome Completo e sem abreviações | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros | | | | | | | | | | | | | |
| | Data de Nascimento | | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Plano Odontológico | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | CPF* | | | | | | | OU/RG* | | | | | | |
| | Nome Completo e sem abreviações | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros | | | | | | | | | | | | | |
| | Data de Nascimento | | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Plano Odontológico | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|----|--|---|---|--|
| 04 | CPF* | | OU/RG* | |
| | Nome Completo e sem abreviações | | | |
| | Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros | | | |
| | Data de Nascimento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros | |
| | <input type="checkbox"/> Plano Odontológico | | | |

| | | | | |
|----|--|---|---|--|
| 05 | CPF* | | OU/RG* | |
| | Nome Completo e sem abreviações | | | |
| | Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros | | | |
| | Data de Nascimento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros | |
| | <input type="checkbox"/> Plano Odontológico | | | |

| | | | | |
|----|--|---|---|--|
| 06 | CPF* | | OU/RG* | |
| | Nome Completo e sem abreviações | | | |
| | Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros | | | |
| | Data de Nascimento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros | |
| | <input type="checkbox"/> Plano Odontológico | | | |

Adesão e Vigência

| Data da assinatura da proposta | Data do início da vigência e da cobertura assistencial | Vencimento do boleto / Débito automático |
|--------------------------------|--|--|
| 01 a 15 | Dia 01 do primeiro mês subsequente | Todo dia 01 de cada mês** |
| 16 a 31 | Dia 15 do primeiro mês subsequente | Todo dia 15 de cada mês** |

**O início da vigência dos benefícios definirá a data de vencimento das mensalidades, na forma da tabela acima, ficando desde já estabelecido que a data de vencimento das mensalidades não poderá ser alterada a pedido do beneficiário.

Cobrança

Atenção: A Administradora de Benefícios disponibiliza em seu site:

www.htsbeneficios.com.br, o boleto bancário para pagamento do benefício.

S

Boleto bancário

S

Autorizo o envio das faturas mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo, em substituição do envio do boleto bancário através dos correios.

Celular

(85) 99732-9876

e-mail

we.silveira@outlook.com

N

Débito automático em conta-corrente

Somente para os bancos autorizados pela HTS
(consulte-os em nosso site)

Autorizo o banco indicado abaixo a debitar em minha conta-corrente, abaixo discriminada, por tempo indeterminado, o valor informado pela HEALTHCARE TRUST SERVICE - CONSULTORIA EM NEGÓCIOS DE SAÚDE., através de meios magnéticos, na(s) respectiva(s) data(s) de vencimento, conforme disposto na página 7/16 desta proposta, submetendo-me às normas internas daquela instituição financeira.

Dados bancários do titular

| Nº do banco | Banco | Nº da agência | Dígito | Nº da conta-corrente | Dígito |
|-------------|-------|---------------|--------|----------------------|--------|
| | | | | | |

Após a aceitação desta proposta de adesão, a primeira mensalidade será cobrada pela corretora, diretamente do proponente titular ou responsável financeiro do contrato, através de boleto bancário ou débito em conta corrente, de acordo com os valores aqui definidos.

Os dados informados serão preservados pela HEALTHCARE TRUST SERVICE - CONSULTORIA EM NEGÓCIOS DE SAÚDE, sendo utilizados única e exclusivamente para os fins desta Proposta, sendo vedada a sua comercialização e ou divulgação sem a anuência do cliente.

Estou ciente e autorizo, reconhecendo como válida e eficaz, que a Administradora de Benefícios faça todo tipo de comunicação relacionada ao plano contratado, incluindo, mas não se limitando a avisos, alertas, cobranças, comunicados de inadimplência, suspensão e/ou cancelamentos, dentre outros, por meio eletrônico, podendo ser por WhatsApp, e-mail, SMS, ou outro meio eletrônico disponível. Para tanto, me comprometo a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Administradora de Benefícios.

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE BENEFÍCIOS

Assistências FUNERAL BÁSICO

ASSISTÊNCIA FUNERAL:

Em caso de falecimento do **titular**, a IGS providenciará o suporte à família e acionamento da funerária responsável pela execução do serviço, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral, composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado e conforme infraestrutura local:

- **Traslado:** Caso o óbito ocorra fora do município de domicílio do usuário, será fornecido traslado até o local de domicílio ou de sepultamento. A Assistência 24h determinará se transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.
- **Urna de madeira Standard:** Urna comum, sem características especiais.
- **Véu:** tecido simples para cobrir o corpo.
- **Capela:** locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares (desde que os valores sejam similares).
- **Documentação:** registro em cartório, quando autorizado pela legislação local.
- **Flores:** Coroas e arranjos de flores naturais (da estação) para a decoração da sala de velório.
- **Livro Presença:** livro ou folha para assinaturas.
- **Paramentos:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório.
- **Higienização Básica:** processo de limpeza superficial do corpo para o velório, que retira impurezas existentes e melhora a salubridade. A técnica é realizada através de banhos que utilizam produtos desenvolvidos especificamente para essa finalidade e barba (quando solicitado pela família).
- **Preparação Corpo:** tamponamento (uso de tampões para vedação dos orifícios) e vestimenta (ato de vestir).
- **Tanatopraxia:** Esta técnica possibilita a preservação do corpo durante dias, dando a oportunidade aos familiares distantes de render sua última homenagem ao ente querido e permitindo que o corpo do falecido possa ser enviado a grandes distâncias para seu sepultamento. Disponível apenas para as cidades em houver previsão legal, normal ou equivalente que obrigue a realização deste serviço.
- **Necromaquiagem:** Execução de maquiagem com cosméticos específicos, para cobertura de danos e aparência natural do óbito.
- **Embalsamamento:** utilizado para conservação do corpo por um longo período (para velórios com mais de 24 horas de duração).
- **Cortejo Fúnebre:** Traslado em carro dedicado para transporte do óbito.
- **Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.
- **Taxa de Sepultamento:** Em cemitério municipal ou em outro cemitério (com valor equivalente).
- **Anúncio de Rádio/Jornal:** Nota de falecimento através de rádio ou jornal.
- **Taxa de Exumação Futura.**
- **Religião ou Credo:** Todos os serviços mencionados acima serão realizados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.

LIMITE MÁXIMO DE CUSTOS: Os serviços acima descritos serão fornecidos pela IGS até o limite máximo de custos totais de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

EXCLUSÕES GERAIS: Não estão cobertos por essa assistência:

- Despesas de qualquer natureza, sem autorização prévia da Central de Atendimento, não previstas nessas condições gerais ou superiores ao limite fixado (na tabela de cobertura).
- Reembolso de despesas providenciadas pela família e não autorizada pela Central de Atendimento.
- Reembolso de despesas providenciadas pela família e autorizadas pela Central de Atendimento após 90 dias da ocorrência do evento.
- Roupas em geral.
- Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto.
- Xerox da documentação.
- Comidas e bebidas em geral.
- Compra ou reforma de jazigo.
- Cruzes.

Técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamento) terão seus custos cobertos apenas em caso de traslado aéreo do corpo, considerando essa despesa como parte dos valores da cobertura estipulados na tabela de cobertura.

Assistências COMBO STANDARD

1. SORTEIO DE TÍTULOS DE CAPITALIZAÇÃO:

PROMOÇÃO H2U-5 | PARTICIPAÇÃO NO SORTEIO

A IGS, CNPJ 32.020.396/0001-25, na qualidade de promotora do evento e proprietária de Títulos de Capitalização da Modalidade Incentivo de Contribuição Única, emitidos e administrados pela CAPEMISA Capitalização S/A, CNPJ 14.056.028/0001-55, cujas notas técnicas e Condições Gerais foram aprovadas por meio do Processo SUSEP nº. a definir, disponível para consulta e impressão em www.susep.gov.br, de acordo com o número acima, cederá gratuitamente o direito de sorteio dos títulos ao cliente que preencher as condições deste regulamento, que receberá um número composto por 05 algarismos (Número da Sorte) para concorrer ao sorteio que serão apurados com base nas extrações da Loteria Federal.

Ao aderir à Assistência IOU e atender às condições aqui estabelecidas o cliente participará gratuitamente de 01 sorteio mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) brutos no último sábado do mês subsequente ao início de vigência da assistência, conforme especificado neste regulamento, disponível em www.h2ubeneficios.com.br, onde também será veiculado o resultado do sorteio e o nome dos contemplados.

O cliente terá acesso às Condições Gerais da Assistência contratada onde constarão, dentre outras informações, o número da sorte com o qual concorrerá ao sorteio, a quantidade de sorteios que participará e a data de início de participação.

A participação do cliente iniciará no mês subsequente ao início de vigência da assistência, sendo assegurada sua participação enquanto estiver rigorosamente em dia com o pagamento e a promoção vigente.

Os sorteios serão apurados com base no resultado das extrações da Loteria Federal do Brasil realizadas aos sábados. O resultado da Loteria Federal poderá ser acompanhado em www.caixa.gov.br e em qualquer Casa Lotérica.

Não realizada a extração da Loteria Federal na data prevista, o sorteio correspondente será adiado para a primeira extração que vier a realizar até o dia que anteceder o sábado seguinte ou, não sendo possível, a sociedade de capitalização realizará o sorteio conforme as condições gerais do título.

Para efeito de apuração, será contemplado o título vigente na data do sorteio, cujo NÚMERO DA SORTE, informado nas condições gerais da assistência contratada, coincida, observada a ordem de premiação, com a leitura da coluna formada pelos algarismos da unidade simples dos 05 primeiros prêmios extraídos pela Loteria Federal, lidos de cima para baixo, conforme o exemplo abaixo:

1º Prêmio 49.823

2º Prêmio 00.274

3º Prêmio 38.888

4º Prêmio 25.807

5º Prêmio 67.131

Número contemplado: 34.871

Na hipótese da combinação para sorteio, apurada na forma acima, não tenha sido distribuída a um cliente da promoção ou esteja vinculada a um cliente que não atenda às condições previstas no regulamento, este será desclassificado e não terá direito ao prêmio.

O contemplado será avisado por meio de e-mail, telefone ou carta e só terá direito ao prêmio se estiver rigorosamente em dia com o pagamento e a promoção vigente.

A premiação será paga pela CAPEMISA Capitalização S/A no prazo máximo de 15 dias corridos, contado da entrega de cópia da documentação completa e informações necessárias ao pagamento da premiação: 1) Pessoa Física: RG, CPF e comprovante de domicílio atualizado, informando sua profissão, renda, condição de PPE e dados bancários de sua titularidade para depósito; 2) Pessoa Jurídica: CNPJ, comprovante de domicílio atualizado, situação patrimonial, ramo de atividade e dados bancários de sua titularidade para depósito.

A participação na promoção implica automática adesão aos termos deste regulamento, bem como na autorização do compartilhamento dos dados do contemplado com a sociedade de capitalização, especificamente para o pagamento da premiação, que ficarão à disposição dos órgãos de fiscalização pelo prazo legal.

Na eventualidade do contemplado falecer, o prêmio será entregue ao respectivo espólio, na pessoa do seu inventariante, mediante apresentação do termo de inventariança. Não havendo processo de inventário, será entregue aos sucessores legais do contemplado, mediante apresentação de alvará judicial, nos termos da legislação aplicável.

A promotora obriga-se a identificar todos os participantes cessionários dos direitos dos eventuais títulos integralmente cedidos, bem como os participantes ganhadores dos prêmios de sorteios.

Antes de contratar consulte previamente as Condições Gerais disponíveis em www.susep.gov.br.

O contemplado, em razão da adesão aos termos da promoção, cede gratuitamente, em caráter irrevogável e irretratável, o direito de uso do seu nome, imagem e voz pelo período de um ano, contado a partir do sorteio, especificamente para divulgação da promoção, em qualquer tipo de mídia, a critério da promotora, sem restrição de frequência e sem que isso implique qualquer tipo de ônus às sociedades envolvidas na promoção.

O prazo para reclamação do direito ao prêmio é aquele estabelecido pela legislação em vigor. O valor não exigido dentro do prazo prescricional acarretará a perda desse direito.

2. DESCONTOS EM MEDICAMENTOS:

Este serviço tem por objetivo conceder ao associado e ao (s) dependentes (s) desconto de 15% (quinze por cento) a 60% (sessenta por cento) na rede de farmácias conveniadas. O desconto é aplicado sobre o preço máximo de venda ao consumidor, vigente na ocasião, para pagamento em dinheiro ou cheque, na aquisição dos medicamentos constantes na lista padrão de medicamentos.

Importante: O desconto não é cumulativo com eventuais promoções. O desconto é destinado ao beneficiário do produto, sendo que alguns medicamentos necessitam de receita médica no momento da compra.

O cliente tem à sua disposição uma rede de farmácias credenciadas, onde poderá adquirir medicamentos com descontos (sujeitos à prática do mercado farmacêutico na região) sobre o preço máximo ao consumidor. Os medicamentos com descontos são os relacionados na lista preferencial do prestador de serviço. Tanto a lista, quanto os descontos são regionais e sujeitos à prática do mercado farmacêutico. O cliente poderá, também, verificar na Central de Atendimento o endereço da farmácia credenciada mais próxima, os medicamentos que constam da lista preferencial da localidade desejada, o preço máximo ao consumidor e o valor do medicamento com desconto. Esta cobertura é provida pela IGS em parceria com a ePharma. Acesse o site informado no 0800 e saiba mais.

3. CLUBE DE DESCONTOS:

Acesso a plataforma de Clube de Descontos personalizado H2U, incluindo Campanhas mensais sobre o clube de vantagens, mais de 250 parceiros com atuação nacional. Acesse <https://clube.h2ubeneficios.com.br/> e saiba mais.

4. ASSISTÊNCIA FUNERAL:

Em caso de falecimento do **titular**, a IGS providenciará o suporte à família e acionamento da funerária responsável pela execução do serviço, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral, composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado e conforme infraestrutura local:

- **Traslado:** Caso o óbito ocorra fora do município de domicílio do usuário, será fornecido traslado até o local de domicílio ou de sepultamento. A Assistência 24h determinará se transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.
- **Urna de madeira Standard:** Urna comum, sem características especiais.
- **Véu:** tecido simples para cobrir o corpo.
- **Capela:** locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares (desde que os valores sejam similares).
- **Documentação:** registro em cartório, quando autorizado pela legislação local.
- **Flores:** Coroas e arranjos de flores naturais (da estação) para a decoração da sala de velório.
- **Livro Presença:** livro ou folha para assinaturas.
- **Paramentos:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório.
- **Higienização Básica:** processo de limpeza superficial do corpo para o velório, que retira impurezas existentes e melhora a salubridade. A técnica é realizada através de banhos que utilizam produtos desenvolvidos especificamente para essa finalidade e barba (quando solicitado pela família).
- **Preparação Corpo:** tamponamento (uso de tampões para vedação dos orifícios) e vestimenta (ato de vestir).
- **Tanatopraxia:** Esta técnica possibilita a preservação do corpo durante dias, dando a oportunidade aos familiares distantes de render sua última homenagem ao ente querido e permitindo que o corpo do falecido possa ser enviado a grandes distâncias para seu sepultamento. Disponível apenas para as cidades em houver previsão legal, normal ou equivalente que obrigue a realização deste serviço.
- **Necromaquiagem:** Execução de maquiagem com cosméticos específicos, para cobertura de danos e aparência natural do óbito.
- **Embalsamamento:** utilizado para conservação do corpo por um longo período (para velórios com mais de 24 horas de duração).
- **Cortejo Fúnebre:** Traslado em carro dedicado para transporte do óbito.
- **Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.
- **Taxa de Sepultamento:** Em cemitério municipal ou em outro cemitério (com valor equivalente).
- **Anúncio de Rádio/Jornal:** Nota de falecimento através de rádio ou jornal.
- **Taxa de Exumação Futura.**
- **Religião ou Credo:** Todos os serviços mencionados acima serão realizados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.

LIMITE MÁXIMO DE CUSTOS: Os serviços acima descritos serão fornecidos pela IGS até o limite máximo de custos totais de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

EXCLUSÕES GERAIS: Não estão cobertos por essa assistência:

- Despesas de qualquer natureza, sem autorização prévia da Central de Atendimento, não previstas nessas condições gerais ou superiores ao limite fixado (na tabela de cobertura).
- Reembolso de despesas providenciadas pela família e não autorizada pela Central de Atendimento.
- Reembolso de despesas providenciadas pela família e autorizadas pela Central de Atendimento após 90 dias da ocorrência do evento.
- Roupas em geral.
- Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto.
- Xerox da documentação.
- Comidas e bebidas em geral.
- Compra ou reforma de jazigo.
- Cruzes.
- Técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamento) terão seus custos cobertos apenas em caso de traslado aéreo do corpo, considerando essa despesa como parte dos valores da cobertura estipulados na tabela de cobertura.

Assistências COMBO PREMIUM

1. SORTEIO DE TÍTULOS DE CAPITALIZAÇÃO:

Conforme descrição acima.

2. DESCONTOS EM MEDICAMENTOS:

Conforme descrição acima.

3. CLUBE DE DESCONTOS:

Conforme descrição acima.

4. ASSISTÊNCIA FUNERAL:

Conforme descrição acima.

5. ASSISTÊNCIA RESIDENCIAL:

6. ASSISTÊNCIA AUTOMÓVEL:

7. ASSISTÊNCIA PET:

EVENTOS COBERTOS:

- Perda e Quebra de chave principal, de porta de acesso à residência
- Dano Elétrico (caracterizado pela sobrecarga de energia)
- Dano hidráulico
- Danos e falhas em vidros de janelas principais da residência

COBERTURAS:

SOCORRO HIDRÁULICO/ENCANADOR: Será oferecido serviço de encanador caso ocorram na residência assistida vazamentos que causem ou possam causar alagamentos internos, ocasionados por problemas hidráulicos em tubulações externas (torneiras, sifões, chuveiros e outros dispositivos hidráulicos aparentes) ou entupimento de ramais internos em pias, ralos, vasos sanitários e tanques (tubulações de 1 a 2 polegadas), desde que não haja necessidade de utilização de qualquer equipamento de detecção eletrônica. Este serviço não cobre tubulações de esgoto e caixa de gordura e respeitará limites e coberturas descritos abaixo.

SOCORRO ELÉTRICO: Será oferecido serviços de eletricitista caso ocorra tomadas queimadas, interruptores defeituosos, disjuntores e fusíveis danificados, chaves facas, troca de chuveiros ou resistências de chuveiros ou torneiras elétricas (não blindados) decorrentes de problema funcional ou que possam vir a acarretar curto-circuito ou interrupção de energia na rede de baixa tensão na residência. A IGS se responsabilizará pelo envio de um profissional para conter a situação emergencial, conforme limites e coberturas descritos abaixo.

CHAVEIRO: Será oferecido serviço de chaveiro caso haja a perda da chave principal ou a fechadura da porta de entrada da residência assistida tenha seu miolo danificado, impossibilitando a abertura ou o fechamento do imóvel. Este serviço contempla abertura de porta principal, troca de miolo e confecção de chave, conforme limites e coberturas descritos abaixo. Não estão cobertas fechaduras tetras com mais de 5 (cinco) pinos.

VIDRACEIRO: Na hipótese de Quebra de Vidros de portas ou janelas externas, a IGS se encarregará do envio de um profissional qualificado para conter a situação ou, quando possível, executar os serviços definitivos, arcando com o custo de mão de obra e o material básico de reposição necessário limitado a cobertura contratada. O material será vidro transparente básico (canelado, liso ou martelado, até 4mm de espessura). A IGS não terá responsabilidade sobre a localização de vidros coloridos, fumê, temperados, jateados, especiais ou que estejam fora de linha de fabricação.

Obs.: Os custos de execução do serviço que excederem os limites serão de responsabilidade exclusiva do usuário. A escolha do material básico a ser utilizado fica a critério da IGS, cuja premissa é a resolução do problema em caráter emergencial, visando o não agravamento da situação. Caso não seja possível a realização do serviço de vidraceiro nos termos acima mencionados, a IGS fornecerá a colocação de tapume, neste caso o serviço será encerrado e o prestador não voltará para a troca do vidro. A IGS não se responsabiliza pela substituição de materiais idênticos aos existentes ou pela manutenção de questões estéticas da residência.

Limite monetário: R\$ 200,00 por evento

Máximo de eventos por ano de vigência: 1 utilização global, ou seja, o cliente poderá optar por 1 das coberturas.

8. ASSISTÊNCIA AUTOMÓVEL:

EVENTOS COBERTOS:

- Pane mecânica
- Acidente
- Roubo e/ou Furtos
- Perda e/ou Quebra de chave principal do veículo
- Atendimento exclusivo para veículos de passeio de até 3,5 toneladas

COBERTURAS:

REBOQUE APÓS PANE OU ACIDENTE: Reboque após pane caso o veículo esteja completamente imobilizado ou após acidente. Será fornecido 01 reboque por ocorrência até a oficina dentro do perímetro urbano referente ao local do ocorrido.

Condição do serviço: (Este serviço não contempla os casos de Pane Seca, Atolamento e Içamento).

REPARO MECÂNICO APÓS PANE: Em caso de pane mecânica ou elétrica no veículo assistido que impossibilite sua locomoção por meios próprios, será enviado mecânico para tentar executar o reparo emergencial no local. Este serviço não cobre custos de compra de peças ou decorrentes da mesma, tais como deslocamento e troca. Na impossibilidade da execução do reparo no local, fica garantido o envio de reboque que transportará o veículo até a oficina de preferência do cliente, limitado ao perímetro urbano do local do ocorrido.

CHAVEIRO: Chaveiro (mão de obra) em casos de perda ou quebra da chave, tentativa de roubo ou chaves trancadas no interior do veículo. O custo do conserto da fechadura danificada será de responsabilidade do Cliente beneficiário.

Condição do serviço: Este serviço se refere ao padrão clássico de chave (sem codificação, etc.); nos demais casos, o segurado conta com envio de reboque automaticamente, respeitando as mesmas limitações do serviço de reboque.

TROCA DE PNEUS: Para os casos de problemas com pneus furados ou quebra da roda, será enviado um prestador de serviços para efetuar a substituição do mesmo pelo estepe do veículo ou o veículo será rebocado até a oficina de preferência do cliente, respeitando as mesmas limitações do serviço de reboque.

PANE SECA: Para os casos de falta de combustível será enviado um reboque até o local, que será responsável pelo transporte do veículo até o posto de gasolina mais próximo, sendo o custo do combustível por conta do segurado.

Limite monetário: R\$ 200,00 por evento

Máximo de eventos por ano de vigência: 1 utilização global, ou seja, o cliente poderá optar por 1 das coberturas.

9. ASSISTÊNCIA PET:

ANIMAL ASSISTIDO: Entende-se por Animal Assistido, somente cães e gatos de até 8 anos indicados legalmente como domésticos, desde que convivam com o Cliente em sua residência habitual e eventualmente portadores de carteirinha de vacinação e/ou RG do animal.

Obs.: Não são considerados animais assistidos àqueles destinados a competições.

EVENTOS COBERTOS:

- **Acidente:** Entende-se por Acidente, o evento isolado involuntário, bem como caracterizado no tempo e espaço, ocasionado por um agente externo.
- **Lesão:** Entende-se por Lesão todo e qualquer dano físico no Animal Assistido, decorrente de acidente.
- **Doença:** Entende-se por doença, conjunto de sinais e sintomas específicos que afetam um ser vivo, alterando o seu estado normal de saúde.

COBERTURAS:

IMPLANTAÇÃO DE CHIP: O chip é um microcircuito eletrônico, do tamanho aproximado a de um grão de arroz, sendo assim possível implantá-lo sob a pele de cães e gatos como uma forma de identificar o animal assistido, pois ele contém um código exclusivo e inalterável que transmite informações específicas do seu Pet.

A central de Assistência encaminhará o cliente e seu Pet para uma clínica veterinária que se responsabilizará pela implantação de um microchip de identificação no Animal Assistido, o serviço inclui ainda o cadastro dos dados do Animal Assistido no banco de dados universal (Sistema de Identificação e Registro de Animais da América Latina).

Estão cobertos nesse serviço os custos do microchip e da implantação no Animal Assistido.

Serviço realizado mediante agendamento prévio.

EXCLUSÕES:

A Assistência 24h não se responsabiliza por ataques praticados pelo Animal Assistido assim como por qualquer despesa decorrente deste ataque.

Também não será de responsabilidade da Assistência qualquer despesa causada pelo Animal Assistido e que não esteja contida no serviço.

Além das exclusões já particularizadas nesta Condições Gerais, a IGS não será responsável pelos reembolsos por gastos do Usuário nas seguintes situações:

- Serviços solicitados diretamente pelo Cliente ao prestador, sem prévio consentimento da Assistência 24h.
- Despesas correspondentes a assistências veterinárias pagas pelo Cliente antes de seu contato com a IGS.
- Doenças preexistentes.
- Assistência a toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente, por atividades criminosas ou dolosas do Cliente.
- Assistência derivada da morte por sacrifício induzido, e/ou lesões em consequência do mesmo.
- Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo induzido de drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos proibidos e ou adquiridos sem recomendação veterinária.
- Despesas com aquisição de próteses, bem como despesas de assistência por gravidez ou parto do Animal Assistido.
- Despesas com o Animal Assistido, decorrentes de tratamento de doenças nervosas, neuroses, psicoses, inclusive traumática ou puerperal, bem como as causadas por epilepsia traumática ou essencial.
- Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional/amador por parte do Animal Assistido.
- Despesas extras da estadia.

Excluem-se ainda das prestações de serviços, as derivadas de Caso Fortuito ou Força Maior dentre eles: Atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública; atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz; os eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade; Eventos decorrentes de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, etc.

Ficam excluídos das prestações previstas nestas Condições Gerais os atos praticados por ação ou omissão do Cliente causadas por má fé.

SERVIÇO DE APOIO A LOCALIZAÇÃO DO PET: Suporte telefônico para divulgação da não localização e disseminação de informações relacionadas. Abertura de canal de denúncia e reporte.

ORIENTAÇÃO VETERINÁRIA POR TELEFONE: Suporte veterinário telefônico para Orientações de primeiros socorros em situações emergenciais e Indicação de clínicas e veterinários.

Limite monetário: R\$ 300,00 por evento

Máximo de eventos por ano de vigência: 1 utilização global, ou seja, o cliente poderá optar por 1 das coberturas.

PERDA DOS DIREITOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:

O Cliente perderá o direito à utilização dos serviços de assistência 24 horas sempre que causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos e/ou omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.

SOBRE A IGS:

Pioneiros no desenvolvimento de modelos de negócios baseados em serviços de valor agregado gerando receitas significativas para nossos parceiros, somos uma companhia dedicada a prestação e comercialização de serviços de assistência para consumo massivo, pioneiros no desenvolvimento de modelos de negócio inovadores e potencializadores da fidelização do cliente final.

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE BENEFÍCIOS

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COLETIVO POR ADEÇÃO (GRUPO DE ESTADOS) PLANO DENTAL CA I – (DENTAL PRIME) – ANS 471.444.14-0

1. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

DENTAL UNI – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA (“DENTAL UNI” ou “CONTRATADA”), pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF nº 78.738.101/0001-51 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 304484, na modalidade de Cooperativa Odontológica, com sede na Rua Irmã Flávia Borlet, nº 197, bairro Hauer, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, CEP 81630-170.

2. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

CONTRATANTE devidamente qualificado e identificado na Proposta de Admissão.

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO

Cláusula 1ª. O nome comercial do plano de assistência à saúde contratado é " PLANO DENTAL CA I (PRIME), o qual está registrado na ANS sob número 471.444 14-0.

5. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Cláusula 2ª. Este contrato se caracteriza pela contratação “COLETIVO POR ADEÇÃO”.

6. 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.

7. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

Cláusula 4ª. A área geográfica de abrangência do plano será Grupo de Estados.

8. ÁREA DE ATUAÇÃO

Cláusula 5ª. O atendimento será prestado nos estados que integram a área geográfica de abrangência deste contrato, sendo os seguintes estados: Paraná (PR), Bahia (BA), Distrito Federal (DF), Espírito Santo (ES), Minas Gerais (MG), Pernambuco (PE), Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC), Sergipe (SE) e São Paulo (SP).

9. FORMAÇÃO DO PREÇO

Cláusula 6ª. A formação do preço é pré-estabelecida.

10. 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 e Eventos em Saúde 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.

11. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Cláusula 8ª. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

Cláusula 9ª. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE: por relação profissional, classista ou setorial, denominadas de BENEFICIÁRIO TITULAR.

Cláusula 10. Podem ser inscritos pelo TITULAR como Beneficiários DEPENDENTES, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) o cônjuge do Beneficiário TITULAR;
- b) o companheiro do Beneficiário TITULAR, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) os tutelados e os menores sob sua guarda;
- e) os pais do Beneficiário TITULAR e do seu cônjuge e/ou companheiro;
- f) os agregados estabelecidos no Item X (Participação no Plano Contratado) da Proposta de Admissão.

§ 1º. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

§ 2º. Os BENEFICIÁRIOS cumprirão carência conforme estabelecido no § 2º da cláusula 15.

§ 3º. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Cláusula 11. Sob seu exclusivo critério, a CONTRATADA poderá realizar exames pré-admissionais, desde que responda pelos custos incidentes, não podendo impedir o ingresso do Beneficiário no plano.

12. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 12. 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 ao 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.

§ 1º. A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos odontológicos de urgência e emergência, 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.

13. EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Cláusula 13. Estão excluídos da cobertura contratual os procedimentos odontológicos que se enquadram nas seguintes situações:

- 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 desses procedimentos;
 - c) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes da execução de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial;
 - d) as despesas com honorários de anestesiistas (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, credenciados e/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;
 - p) os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
 - q) faltas a consultas não justificadas;
 - r) a renovação de restaurações sem indicação clínica;
 - s) transporte do paciente, exceto para os casos em que não houver nenhum prestador de serviço odontológico dentro da área de saúde de abrangência deste plano;
 - t) qualquer procedimento em que não seja possível identificar o beneficiário;
 - u) os procedimentos buco maxilares constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;
- qualquer procedimento odontológico que não esteja incluído nos serviços contratados e os procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento.

14. DURAÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 14. O contrato tem iniciada sua vigência na data indicada no item XI (Vigência do Contrato) da Proposta de Admissão, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora e vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

Parágrafo único. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

15. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 15. Para os planos de contratação coletivo por adesão com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento de prazos de carência desde que o BENEFICIÁRIO formalize o pedido de ingresso no plano contratado em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato, ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE. Para os planos de contratação coletivo por adesão com número de participantes menor que 30 (trinta), será necessário o cumprimento dos prazos de carência constantes no § 2º abaixo.

§ 1º. Quando houver inclusão de BENEFICIÁRIOS posteriormente ao início de vigência deste contrato, os períodos de carência serão contados a partir da data da adesão, após a assinatura da Proposta de Adesão ou a partir da data inclusão no sistema pela própria CONTRATANTE.

§ 2º. Para os planos de contratação coletivo por adesão com número de participantes inferior a 30 (trinta), os BENEFICIÁRIOS cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

Procedimentos e seus prazos:

Diagnóstico (Prazo) 30 dias

Radiologia (Prazo) 90 dias
Prevenção em Saúde Bucal (Prazo) 180 dias
Dentística (Prazo) 180 dias
Periodontia (Prazo) 90 dias
Endodontia (Prazo) 180 dias
Cirurgia (Prazo) 180 dias
Urgência/Emergência (Prazo) 24 horas
Demais casos (Prazo) 180 dias

§ 3º. Em caso de urgência/emergência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas.

§ 4º. A contagem de carência se inicia na data da assinatura da Proposta de Adesão pelo BENEFICIÁRIO e, para aqueles que eventualmente solicitarem reinserção no plano, será exigido o cumprimento do período de carência conforme estabelecido no § 2º.

16. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Cláusula 16. 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.

17. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 17. Entendem-se como emergência os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do cirurgião-dentista assistente; e como 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, e o acesso a esta rede fica disponível no site www.dentaluni.com.br.

§ 2º. 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 consequente 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.

§ 3º. 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.

18. REEMBOLSO

Cláusula 18. Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso, no limite das obrigações contratuais, das despesas odontológicas cobertas efetuadas com o tratamento dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e seus dependentes, quando na área de atuação do referido contrato não conter prestadores de serviços integrantes da rede cooperada, credenciada e/ou contratada da Operadora, no prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento pela Operadora, da documentação original adequada, relacionada na cláusula 20 e incisos.

Parágrafo único. Quando o BENEFICIÁRIO utilizar um prestador de serviços que não integre a rede cooperada, credenciada e/ou contratada da Operadora, o pagamento do reembolso será realizado pelo USO – Unidade de Serviço Odontológico constante na Tabela, ANEXO II, e não pelo valor apresentado em nota fiscal e/ou recibo de honorários, referente ao tratamento.

Cláusula 19. 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 20. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto 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, datado 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.

Cláusula 21. Fica reservado à CONTRATADA, no caso de inexistência dos documentos apresentados e/ou a falta dos mesmos, solicitar ao BENEFICIÁRIO informações complementares, no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação.

§ 1º. 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.

§ 2º. Fica estabelecido que a USO – Unidade de Serviço Odontológico, para fins de reembolso, será com o multiplicador de R\$ 0,30.

19. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

PROCEDIMENTOS

Cláusula 22. Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o Guia 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 23. O cirurgião-dentista emitirá a Guia de Tratamento Odontológico - GTO, especificando os procedimentos a serem realizados, para que seja analisado pela CONTRATADA, perante a cobertura contratada, exceto nos casos de urgência/emergência, em que o atendimento será imediato.

Parágrafo único. A Operadora se reserva o direito de, a qualquer momento, sob seu exclusivo critério, criar mecanismos presenciais e/ou eletrônicos, visando a segurança e o aperfeiçoamento no atendimento aos Beneficiários da CONTRATANTE.

Cláusula 24. Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria, credenciada ou contratada da Operadora, mediante solicitação do cirurgião-dentista, desde que exclusivos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição à procura de profissionais particulares, desde que os procedimentos sejam custeados pelo BENEFICIÁRIO.

Cláusula 25. Aprovada a realização do tratamento, preferencialmente pela liberação on-line, sua execução deverá ser agendada pelo BENEFICIÁRIO diretamente com o cirurgião-dentista que a propôs.

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

Cláusula 26. Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da CONTRATADA e por um terceiro escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a CONTRATADA, cuja remuneração ficará a cargo desta, bem como do odontólogo do beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

Clausula 27. 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.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Cláusula 28. Os BENEFICIÁRIOS receberão um Cartão Dental Uni que os identificará perante a rede de atendimento, o qual deverão portar, juntamente com um documento de identidade pessoal com foto, toda vez em que se dirigirem ao consultório do cirurgião-dentista cooperado, credenciado e/ou contratado.

§ 1º. O Cartão Dental Uni, que identificará e conterá o nome do BENEFICIÁRIO, o código e o plano contratado, é documento indispensável para a realização de qualquer tratamento odontológico vinculado a este contrato.

§ 2º. A CONTRATADA dará ciência aos beneficiários titulares e dependentes da CONTRATANTE, do número do Cartão Nacional de Saúde - CNS, conforme disposto na Portaria Ministério da Saúde nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde.

§ 3º. Através do site da Dental Uni (www.dentaluni.com.br) e/ou do APP mobile, o BENEFICIÁRIO pode obter o cartão virtual, bem como imprimi-lo.

Cláusula 29. Quando ocorrer a rescisão deste contrato ou se houver exclusão de um BENEFICIÁRIO, este terá seu cartão cancelado automaticamente.

Cláusula 30. Quaisquer insatisfações dos BENEFICIÁRIOS quanto ao atendimento recebido, tanto dos profissionais cooperados, credenciados ou contratados da DENTAL UNI, como dos seus funcionários, deverão ser comunicadas através da Central de Atendimento, site da Dental Uni, APP mobile, e/ou por escrito e protocolado junto à CONTRATADA.

Cláusula 31. O tratamento realizado pelo profissional cooperado, credenciado ou contratado da DENTAL UNI é garantido por 01 (um) ano, contado da data de sua conclusão, observando-se a natureza do procedimento odontológico e as circunstâncias em que for realizado.

Parágrafo único. No caso de haver necessidade de se refazer o tratamento, conforme tenha sido apurado em auditoria técnica realizada por profissional indicado pela CONTRATADA, fica assegurada ao BENEFICIÁRIO a livre escolha de outro profissional cooperado para a sua execução. No caso de situações de divergência odontológica, a CONTRATADA garante a definição do impasse, através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por odontólogo da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

Cláusula 32. No ato da contratação, é entregue ao CONTRATANTE o Guia do Beneficiário editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, credenciados e/ou contratados, bem como respectivos endereços.

§ 1º. O Guia do Beneficiário editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, credenciados ou contratados, bem como a relação com os respectivos endereços, estará disponível no site da DENTAL UNI (www.dentaluni.com.br), no APP mobile, em qualquer uma das unidades da DENTAL UNI e através do serviço de teleatendimento.

§ 2º. A CONTRATADA poderá, em qualquer momento e sob seu critério exclusivo, alterar por quaisquer motivos a relação dos cirurgiões-dentistas cooperados, credenciados ou contratados, devendo comunicar essas alterações aos BENEFICIÁRIOS através dos meios de comunicação.

20. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Cláusula 33. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, por BENEFICIÁRIO inscrito no Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato, valor mensal estabelecido no Item VIII (Contraprestações Pecuniárias) da Proposta de Admissão, que será discriminado em Nota Fiscal de prestação de serviços emitida pela CONTRATADA.

§ 1º. Além da mensalidade prevista nesta cláusula, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor de adesão estabelecido no Item VIII (Contraprestações Pecuniárias) da Proposta de Admissão por BENEFICIÁRIO inscrito no Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato.

§ 2º. O pagamento das mensalidades somente não será de atribuição e responsabilidade da CONTRATANTE nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e da RN 279/2011, caso em que o referido pagamento será de responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

Cláusula 34. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

Cláusula 35. O pagamento das mensalidades será realizado impreterivelmente até a data estabelecida no Item VIII (Contraprestações Pecuniárias) da Proposta de Admissão, na sede da DENTAL UNI, perante seus representantes credenciados ou perante instituições financeiras por ela indicadas.

§ 1º. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão.

§ 2º. Quando a data de vencimento cair em dia no qual não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

§ 3º. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

§ 4º. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito corrigido pelo IPCA - IBGE ou outro índice que venha substituí-lo.

§ 5º. A CONTRATANTE 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, acrescida dos encargos previstos, bem como incluir o nome da CONTRATANTE, como inadimplente, nos cadastros de proteção ao crédito, tais como SCPC, SERASA e Vídeio Cheque, entre outros.

§ 6º. Este contrato não será renovado se houver inadimplemento das mensalidades devidas em razão deste contrato em prazo superior a 60 (sessenta), dias consecutivos ou não.

Cláusula 36. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA ou acessar a página da CONTRATADA na internet (www.dentaluni.com.br), imprimir a segunda via do boleto bancário e efetuar o pagamento, para que não se sujeite à consequência da mora. O pagamento em atraso por não recebimento do boleto até a data do vencimento não isenta dos encargos contratuais previstos neste contrato.

Cláusula 37. A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

21. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Cláusula 38. 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 IPCA (Planos de Saúde) /IBGE e/ou outro que venha a substituí-lo. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, contados a partir do mês de assinatura do Contrato e será considerado como Reajuste Financeiro (RFin).

Cláusula 39. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, este será reavaliado com a aplicação de reajuste técnico (RTec).

§ 1º. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 60% (sessenta por cento), que é a meta de sinistralidade (S_m), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

§ 2º. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste, será aplicada a seguinte fórmula:

Item 1 – Cálculo da Sinistralidade Apurada (S_A):

Receitas de mensalidades Faturadas (R) Custo da utilização do plano - Custos Assistenciais (CA)

$$(S_A) = \left(\frac{C_A}{R} \right) * 100$$

Item 2 – Cálculo do Reajuste Técnico (RTec):

$$RTec = \left(\frac{S_A}{S_M} \right) - 1 * 100$$

Item 3 – Reajuste Total (RTotal)

Reajuste Financeiro (RFin) = IPCA Apurado

RTotal= RTec + RFin

§ 3º. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste técnico (RTec), previsto no § 1º acima, este deverá ser efetuado de forma complementar ao especificado na cláusula 38 acima e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

§ 4º. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido na cláusula 38, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

§ 5º. 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.

§ 6º. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

§ 7º. Para fins de inclusão no plano de inativos e manutenção dos BENEFICIÁRIOS TITULARES já inclusos, a tabela de mensalidades será reajustada obedecendo às condições estabelecidas no contrato original ao plano de ativos, respeitando o mês de aniversário do contrato.

Cláusula 40. 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.

Parágrafo único. Havendo demora para findar a negociação do reajuste, poderá o mesmo ser aplicado de forma retroativa, à qual será diluída proporcionalmente pelo mesmo número de meses após a data de aniversário do contrato.

Cláusula 41. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

22. FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 42. Não haverá diferenciação de preço por faixa etária.

23. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO

Cláusula 43. A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO poderá ocorrer nas seguintes situações:

§ 1º. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO titular:

- a) em caso de morte;
- b) pela rescisão do presente contrato;
- c) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;
- d) por inexistência ou omissão, no preenchimento de documentos de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do plano, mediante a apresentação de prova pela operadora e comunicação escrita à CONTRATANTE;
- e) por fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO Titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- f) pelo descumprimento do BENEFICIÁRIO das cláusulas e condições deste Contrato;
- g) a pedido do BENEFICIÁRIO.

§ 2º. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO dependente:

- a) em caso de morte do titular;
- b) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- c) a pedido do BENEFICIÁRIO titular;
- d) por fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
- e) pelo descumprimento do BENEFICIÁRIO das cláusulas e condições deste Contrato.

Cláusula 44. Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a exclusão de BENEFICIÁRIOS, seguindo legislação vigente.

Cláusula 45. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos BENEFICIÁRIOS, sem a anuência da pessoa jurídica Contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) por fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;
- c) pelo descumprimento do BENEFICIÁRIO TITULAR / DEPENDENTE das cláusulas e condições deste contrato;
- d) a pedido do BENEFICIÁRIO quando solicitado na forma disposta no art. 7º, §2º da RN 412/2016.

24. SUSPENSÃO / RESCISÃO / EXCLUSÃO / REINCLUSÃO

SUSPENSÃO

Cláusula 46. Havendo atrasos por período superior à 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que a CONTRATANTE tenha sido previamente notificada pela CONTRATADA, ficam suspensas as aprovações de Guia de Tratamentos Odontológicos e a execução de tratamentos não iniciados de todos os BENEFICIÁRIOS inscritos até a efetiva regularização do débito, exceto urgências/emergências.

25. RESCISÃO

Cláusula 47. O descumprimento de qualquer cláusula do presente contrato enseja sua rescisão mediante comunicação escrita, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

Parágrafo único. Constituem causa expressa de rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) a distribuição da ação ou a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da CONTRATANTE;
- c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, mediante comunicação escrita;

- d) as exclusões de beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduzam a massa de beneficiários do plano a menos de 50% (cinquenta por cento) do potencial de colaboradores da empresa, conforme apontado na Proposta de Admissão, ou ainda, caso nos 02 (dois) primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- e) descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato.

Cláusula 48. Antes do término dos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas abaixo:

- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus; ou
- b) imotivadamente, acarretará à CONTRATANTE o pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades vincendas até o término do contrato.

Cláusula 49. Após a vigência do período de 24 (vinte quatro) meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

Cláusula 50. O contrato estará automaticamente extinto, se o número de BENEFICIÁRIOS no contrato se tornar inferior a 3 (três) BENEFICIÁRIOS, ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultado aos BENEFICIÁRIOS, a transferência para um produto individual, nas bases e condições vigentes do produto individual, inclusive com relação a preço.

Cláusula 51. A falta de comunicação, nos termos das cláusulas anteriores, implica na subsistência das obrigações assumidas.

EXCLUSÃO

Cláusula 52. Os BENEFICIÁRIOS desligados da empresa CONTRATANTE poderão ser excluídos do Plano de Assistência Odontológica objeto deste contrato na data do desligamento, independentemente da utilização ou não do plano odontológico. A CONTRATADA poderá exigir a comprovação do desligamento.

§ 1º. Aos BENEFICIÁRIOS desligados em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO, se participa ou participou do pagamento das mensalidades, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 2º. Aos BENEFICIÁRIOS desligados em decorrência de aposentadoria, decorrentes de vínculo empregatício com um prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO, se participa ou participou do pagamento das mensalidades, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Cláusula 53. O cancelamento/exclusão porventura requerido pelo BENEFICIÁRIO ao CONTRATANTE, solicitado em razão de qualquer hipótese não previstas nas cláusulas 47ª, § 1º, exceto alínea "f" e "g", e, § 2º exceto alínea "c" e "e", independente de utilização, dentro do período de 12 (doze) meses contados da respectiva inscrição do BENEFICIÁRIO no PLANO aqui tratado, ensejará a cobrança de penalidade, por parte da CONTRATADA à CONTRATANTE, à título de cláusula penal o equivalente às mensalidades vincendas, do BENEFICIÁRIO, até a vigência mínima de 12 (doze) meses.

Parágrafo único. A CONTRATANTE autoriza desde já a CONTRATADA a debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança, o valor correspondente à exclusão do BENEFICIÁRIO Titular e/ou Dependente pelo não cumprimento da vigência mínima prevista em contrato.

Cláusula 54. O BENEFICIÁRIO Titular poderá solicitar ao CONTRATANTE por qualquer meio, a sua exclusão ou a de Dependentes do contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

§ 1º. A CONTRATANTE deverá cientificar à CONTRATADA, em até 30 (trinta) dias, que a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

§ 2º. Expirado o prazo disposto no parágrafo acima, sem que a CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO à CONTRATADA, o BENEFICIÁRIO Titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora, mediante comprovação do pedido ao CONTRATANTE.

§ 3º. Ocorrendo a exclusão do BENEFICIÁRIO do contrato de qualquer que seja o motivo não haverá devolução do valor pago a qualquer título e de qualquer espécie.

§ 4º. Fica o BENEFICIÁRIO Titular ciente de que as faturas referentes à utilização de atos complementares emitidos em seu favor, independente da exclusão, sendo elas vencidas ou vincendas, são devidas, facultando à DENTAL UNI, em caso de falta de pagamento de

qualquer um deles proceder à cobrança por meio de execução judicial, do valor principal, acrescido de encargos financeiros previstos em lei, bem como incluir o nome do BENEFICIÁRIO Titular como inadimplente nos Cadastros de Proteção ao Crédito.

Cláusula 55. É obrigação do CONTRATANTE, no caso de exclusão de BENEFICIÁRIOS ou no cancelamento do contrato, recolher e inutilizar o cartão de identificação fornecido pela CONTRATADA. Havendo qualquer evento associado a essa via do cartão de identificação, a CONTRATANTE autoriza, desde já, a CONTRATADA a debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente ao serviço prestado em tal caso.

REINCLUSÃO

Cláusula 56. Aos BENEFICIÁRIOS excluídos somente serão permitidas novas adesões, resguardando o cumprimento de nova vigência, bem como o cumprimento de carência, conforme estabelecido no § 2º da cláusula 15, a partir da data da aceitação e/ou assinatura da adesão.

Cláusula 57. Os BENEFICIÁRIOS excluídos, conforme supracitado, não terão o direito à reativação do contrato, independente do motivo que gerou sua exclusão.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 58. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pela CONTRATANTE, a relação de Procedimentos Odontológicos Cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica, a Tabela de Reembolso, o Guia do Beneficiário, o Cartão de Identificação, o Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS).

Cláusula 59. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo do novo cartão de identificação no valor de R\$ 10,00 (dez reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido, por escrito, pela CONTRATADA.

Cláusula 60. São adotadas as seguintes definições:

CONTRATADA: a DENTAL UNI, operadora de planos privados de assistência odontológica, que, na qualidade de mandatária dos cirurgiões-dentistas cooperados, contratados ou credenciados, obriga-se a garantir aos BENEFICIÁRIOS inscritos pela CONTRATANTE a prestação dos serviços estabelecidos neste contrato.

CONTRATANTE: a pessoa jurídica identificada no preâmbulo deste contrato, responsável pela contratação dos serviços estabelecidos neste contrato para seus diretores e funcionários e respectivos dependentes.

PROPOSTA DE ADESÃO: o documento que deve ser preenchido pelos BENEFICIÁRIOS da CONTRATANTE, no qual eles expressam a intenção de contratar os serviços definidos neste contrato e manifestam conhecimento pleno de seus direitos e obrigações.

COLETIVO POR ADESÃO: o regime de contrato que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, conselhos profissionais, sindicatos, associações e fundações.

Os BENEFICIÁRIOS deste contrato deverão manter vínculo com a empresa contratante, nas seguintes características:

a) sem vínculo empregatício: beneficiários associados ou sindicalizados e dependentes.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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.

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

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: cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário e tipo de procedimento, efetuado com vistas à 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 a 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.

GUIA DO BENEFICIÁRIO: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados e clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

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

COPARTICIPAÇÃO: participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.

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: 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: procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pela CONTRATANTE à operadora.

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

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

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: procedimentos de urgência/emergência previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

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

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 pela CONTRATANTE;

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

Cláusula 61. A CONTRATANTE compromete-se a fornecer uma relação de todos os BENEFICIÁRIOS TITULARES contendo: nome completo, qualificação, endereço, números de RG e CPF, e relação dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, contendo: nome completo e grau de parentesco dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, nome completo da mãe do BENEFICIÁRIO TITULAR e do BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, endereço completo com CEP, CPF dos dependentes maiores de 18 anos e data de nascimento, assumindo em seu nome e em nome deles a responsabilidade pelas declarações prestadas. A CONTRATANTE compromete-se ainda a disponibilizar à CONTRATADA cópia dos documentos pessoais dos BENEFICIÁRIOS ou cópia da GFIP (guia emitida como comprovante de depósito ao Fundo de Garantia onde constam os dados dos BENEFICIÁRIOS) no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da inclusão dos referidos BENEFICIÁRIOS neste Plano de assistência odontológica.

§ 1º. É responsabilidade da CONTRATANTE informar se os BENEFICIÁRIOS contribuem e, em caso positivo, indicar a forma de contribuição para o custeio das coberturas do Plano Privado de Assistência Odontológica objeto deste contrato.

§ 2º. As inclusões e alterações de BENEFICIÁRIOS deverão ser comunicadas por escrito pela CONTRATANTE à DENTAL UNI e/ou efetuadas on-line via web, conforme a data de movimentação cadastral estabelecida no Item VIII (Contraprestações Pecuniárias) da Proposta de Admissão.

§ 3º. As exclusões de BENEFICIÁRIOS por desligamento do quadro de funcionários da CONTRATANTE deverão ser comunicadas por escrito pela CONTRATANTE e/ou efetuadas on-line via web, conforme a data de movimentação cadastral estabelecida no Item VIII (Contraprestações Pecuniárias) da Proposta de Admissão.

§ 4º. Fica a CONTRATANTE obrigada a manter atualizada seu endereço para correspondência perante a CONTRATADA, bem como de seus associados registrados junto à operadora. Caso não haja comunicação de qualquer mudança de endereço, serão considerados como recebidos, para todos os efeitos, os avisos, cartas, comunicações e outras correspondências, enviados por meio eletrônico e/ou impresso para o último endereço cadastrado perante a CONTRATADA.

Cláusula 62. 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 63. A CONTRATANTE, por si e por seus BENEFICIÁRIOS TITULARES 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 64. A invalidade ou ineficácia de alguma cláusula específica deste contrato não gerará a nulidade das demais disposições pactuadas.

Cláusula 65. A eventual aceitação, por uma das partes, da inexecução, pela outra, de quaisquer cláusulas ou condições deste contrato, a 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 66. 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.

Parágrafo único. Este contrato obrigará e beneficiará suas partes e seus respectivos sucessores.

Cláusula 67. A CONTRATANTE declara, por si e por seus BENEFICIÁRIOS TITULARES e 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, o que lhe possibilita concordar expressamente com todo o seu conteúdo, inclusive com as dimensões e os tipos gráficos utilizados para as impressões.

Cláusula 68. Este contrato, os seus anexos 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.

27. ELEIÇÃO DE FORO

E, por estarem assim justos e contratados, elegem o FORO da comarca da 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.

Após a leitura e total concordância com as condições prévias para a aceitação desta Proposta Contratual, declaro que todas as informações e documentos por mim apresentados são autênticos, sendo de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) beneficiário(s), indicado(s).

Declaro ter recebido, lido e compreendido, neste ato, o “Condições Gerais de Contratação”, e a cópia da presente “Proposta”, e estou ciente de que os serviços contratados são de minha vontade.

Estou ciente que o início da vigência e da cobertura assistencial do plano escolhido por meio desta proposta se dará no prazo definido na folha 1/ está condicionada ao pagamento do primeiro boleto e assinatura deste contrato, além de, no caso da ASSISTÊNCIA FUNERAL E PLANO ODONTOLÓGICO, caso contratado, possuem um período de carência, discriminado no contrato.

Estou ciente que este contrato foi assinado digitalmente utilizando uma ferramenta isenta e que o fiz de minha total e inteira vontade e responsabilidade. E os dados contidos nesta proposta são de minha total responsabilidade.

Em caso de dúvida, ligue para a Central de Atendimento HEOLU:

11 4118-2734

www.h2ubeneficios.com.br