

**MINUTA – INSTRUMENTO ADITIVO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE  
ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA Nº 262**

Pelo presente instrumento particular aditivo de contrato, de um lado, **ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA REITORIA DA UNESP**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 52.200.704/0001-37, com sede na Alameda Santos nº 637, térreo, São Paulo, SP, neste ato por sua Presidente, Sra. Maria Aparecida de Almeida Souza Alves, e por sua Vice-Presidente, Sra. Ivanete de Almeida Marcondes Dias, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro, **UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 51.701.878/0001-95 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 31.004-2, com sede à Rua Loefgreen, nº 1217, Vila Clementino, nesta Capital do Estado de São Paulo, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Maud Nogueira Fragoas, Brasileiro, Casado, Cirurgião Dentista, portador do CPF/MF nº 164.384.938-72 e do RG nº 2.298.379 e por seu 1º Secretario, Sr. Abud Georges El Bayeh, Brasileiro, Casado, Cirurgião Dentista, portador do CPF/MF nº 224.508.758-59 e do R.G nº 167.357-M, doravante denominada **UNIODONTO**, resolvem aditar o contrato firmado em 1º de outubro de 2000, nos seguintes termos:

I) O contrato passa a vigorar acrescido da cláusula 7.5 com a seguinte redação:

**“7.5. Em caso de re-inclusão de usuário, titular ou dependente, anteriormente excluído por qualquer motivo, a carência para a cobertura contratada será de 180 (cento e oitenta) dias para todos os procedimentos, exceto urgência/emergência que será de 24 (vinte e quatro) horas”.**

II) Permanecem inalteradas as demais disposições contratuais.

São Paulo, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006. m

**CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA REITORIA DA UNESP**

**Maria Ap. Almeida Souza Alves**

**Ivanete de Almeida Marcondes Dias**

**UNIODONTO: UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

**Maud Nogueira Fragoas**

**Abud Georges El Bayeh**

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

— Via E-MAIL EM 07/FEV/06

**ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
Nº 262**

Celebrado entre as partes, de um lado, como **CONTRATADA** a **UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, estabelecida à Rua Loefgreen, 1217 - Vila Clementino, nesta Capital, inscrita no C.G.C do M.F sob o nº 51.701.878/0001-95, representada por seu Presidente Maud Nogueira Fragoas e ainda seu Vice Presidente Roberto Conceição Morato Leite e, do outro lado, como **CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA REITORIA DA UNESP**, estabelecida na Alameda Santos, nº 647 – Terreo - Bairro Cerqueira César, nesta Capital do Estado de São Paulo, inscrita no C.N.P.J sob o nº 52.200.704/0001-37 e Inscrição Estadual: Isenta, neste ato representada por seu Presidente, Maria Aparecida de Almeida Souza Alves, e ainda por seu Vice Presidente Ivanete de Almeida Marcondes Dias, e ainda por sua Tesoureira Rosemeire Thimoteo dos Santos, em consonância com a(s) cláusula(s) e termo(s) abaixo:

- 15.6. Em conformidade com a Lei nº 9656/98 de 03 de junho de 1998, Art. 16 – IX, a Contratada concede um desconto no valor do produto registrado no Sinpas sob o nº 407.677/99-0 ao preço de R\$ 21,00 (vinte e um reais), sendo o contrato firmado com o valor de mensalidade de R\$ 14,80 (quatorze reais e oitenta centavos) por Usuário Inscrito no Plano.
- 15.7. Em conformidade com a Lei nº 9656/98 de 03 de junho de 1998, Art. 16 – IX, a Contratada concede um desconto no valor da Taxa de Inscrição do produto registrado no Sinpas sob o nº 407.677/99-0 ao preço de R\$ 5,00 (cinco reais), para o valor de R\$ 1,00 (um real), somente para a implantação do contrato.

E por estarem justos e acertados, firmam o presente, na presença de 2 (duas) testemunhas que também o assinam.

São Paulo, 01 de outubro de 2000

**CONTRATANTE:**

**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA REITORIA DA UNESP**

Maria Aparecida de Almeida Souza Alves  
Ivanete de Almeida Marcondes Dias  
Rosemeire Thimoteo dos Santos  
Presidente  
Vice Presidente  
Tesoureira

**CONTRATADA:**

**UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

**TESTEMUNHAS:**

1º)

**GILBERTO APARECIDO DE ALMEIDA**  
ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA REITORIA DA UNESP  
SECRETÁRIO

2º)

Adonias Alves da Silva

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Nº DE REGISTRO NA SUSEP: 310042

Nº DE CONTRATO NO SINPAS: 407.677/99-0

NOME DO PLANO: BÁSICO 3

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Regional B – Grupo de Municípios

SEGMENTAÇÃO: ODONTOLOGIA

TIPO DE CONTRATAÇÃO: Coletivo Por Adesão

MENSALIDADE: Sistema de Pré Pagamento

Nº DO CONTRATO: 262

**CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA REITORIA DA UNESP**, inscrita no CGC do MF sob o n.º 54.200.704/0001-37 e Inscrição Estadual: Isenta, com sede à Alameda Santos, n.º 647 – Térreo, Bairro Cerqueira César, nesta Capital do Estado de São Paulo, neste ato representada por seu Presidente, Maria Aparecida de Almeida Souza Alves, Funcionária Pública, Brasileira, Casada, portadora do C.P.F n.º 032.771.298-88 e do R.G n.º 13.698.779-5, e ainda por seu Vice Presidente, Ivanete de Almeida Marcondes Dias, Funcionária Pública, Brasileira, Casada, portadora do C.P.F n.º 076.926.708-46 e do RG n.º 17.322.459 e ainda por sua Tesoureira, Rosemeire Thimoteo dos Santos, Funcionária Pública, Brasileira, Casada, portadora do C.P.F n.º 063.565.288-93 e do RG n.º 7.676.717, doravante denominada simplesmente "**CONTRATANTE**".

**CONTRATADA: UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, inscrita no CGC do MF sob o n.º 51.701.878/0001-95 e Inscrição Estadual n.º 112.868.632.111, com sede à Rua Loefgreen, n.º 1217 - Bairro Vila Clementino, nesta Capital do Estado de São Paulo, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Maud Nogueira Fragoas, Brasileiro, Casado, Cirurgião Dentista, portador do C.I.C. n.º 164.384.938-72 e do RG n.º 2.298.379 e por seu Vice-Presidente Roberto Conceição Morato Leite, Brasileiro, Casado, Cirurgião Dentista, portador do C.I.C n.º 004.498.308-53 e do R.G n.º 1.200.907 doravante denominada simplesmente "**CONTRATADA**".

Por este instrumento particular, as partes identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para Prestação de Serviços Odontológicos, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA 1. OBJETO**

1.1. A **CONTRATADA**, na condição de Sociedade Cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, assim identificados os cirurgiões dentistas devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia, legal e regularmente associados a **UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, na qualidade de operadora de planos privados de Assistência Odontológica, de acordo com o inciso I, do § 1º, do art. 1º, da Lei n.º 9656/98, prestará aos diretores e/ ou empregados da **CONTRATANTE** e aos seus respectivos Dependentes e/ ou Agregados, sob o regime de mensalidade pré fixada, Assistência Odontológica, compreendendo todos os procedimentos realizados em consultório, conforme Rol de Procedimentos Odontológicos anexo à Resolução n.º 10 do Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU, publicada no Diário Oficial da União no dia 4 de novembro de 1998. As cláusulas e condições ora ajustadas, abrangendo a prestação de serviços exclusivamente na área de atuação da **UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, nos seguintes municípios do Estado de São Paulo: Capital-SP, Alphaville, Arujá, Barueri, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Embú, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapeverica, Itapevi, Mogi das Cruzes, Osasco, Suzano e Taboão da Serra.

Uniodonto de São Paulo

Rua Loefgreen, 1.217 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP 04040-031

Tel./Tronco: (0xx11) 575-2000 - Fax: (0xx11) 571-5526

E-mail: uniodosp@amcham.com.br

uniodonto.sp@uol.com.br

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

- 1.2. Os serviços ora contratados serão prestados pela **CONTRATADA**, em nome de seus **Cirurgiões Dentistas Cooperados e rede própria ou por ela contratada**, bem como por todas as Cooperativas Odontológicas que **integram o SISTEMA NACIONAL UNIODONTO**, em todos os municípios onde elas exerçam ou venham a exercer atividade. Sendo os serviços prestados por Cooperativa UNIODONTO que não a ora CONTRATADA, porventura existente onde se encontrar o Usuário, são assegurados os direitos deste Contrato, **sempre de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento local**.

**CLÁUSULA 2. DOS USUÁRIOS (TITULAR E DEPENDENTES) E / OU AGREGADOS - INCLUSÕES / EXCLUSÕES**

- 2.1. Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste Contrato, os diretores e/ ou empregados, assim como os seus respectivos Dependentes e/ ou Agregados, serão denominados de **USUÁRIOS**, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.
- 2.2. Serão considerados **USUÁRIOS TITULARES**, os diretores e/ ou empregados da **CONTRATANTE** que expressamente sejam inscritos no Plano.
- 2.3. Serão considerados **USUÁRIOS DEPENDENTES**, aqueles que mantenham com o Usuário Titular, uma das seguintes relações:
- 2.3.1. Cônjuge
  - 2.3.2. Filho(as) solteiro(as) até 21 anos,
  - 2.3.3. Filho(as) solteiro(as) até 24 anos, quando cursando faculdade,
  - 2.3.4. Filho(as) solteiro(as) inválido(as)
  - 2.3.5. Equiparam-se ao cônjuge a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme a Lei Civil.
  - 2.3.6. Equiparam-se aos filhos legítimos aos filhos adotivos com menos de 12 anos.
- 2.4. São considerados **USUÁRIOS AGREGADOS**, as pessoas designadas pelo Usuário Titular e que não se enquadram nas condições do item acima.
- 2.4.1. Ficará à critério da **CONTRATANTE**, a opção para as inscrições de Agregados.
- 2.5. A **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** a relação dos Usuários, responsabilizando-se pelas informações sobre Titularidade e Dependência dos inscritos, ficando assegurando à **CONTRATADA**, a faculdade de solicitar a comprovação, quando julgar necessário.
- 2.6. As inscrições efetivadas no início da vigência do Contrato, determinarão as condições exigidas pela **CONTRATANTE**, para utilização dos serviços e/ ou cumprimento dos prazos de carências, constantes na cláusula 7.
- 2.7. A **CONTRATANTE**, compromete-se em informar para cadastro de novos Usuários Titulares, seus dependentes e/ ou agregados, somente após o término do período de experiência do funcionário.
- 2.8. Os novos Titulares e/ ou seus Dependentes / Agregados, deverão ser inscritos, no máximo, até 30 (trinta) dias após a condição que os habilitou tomarem-se Usuários, ficando com a **CONTRATADA** a prerrogativa de exigir comprovação documentada, quando julgar necessária.
- 2.8.1. Inscrições extemporâneas, dependerão da anuência da **CONTRATADA** e estarão sujeitas às carências constantes na cláusula 7.
- 2.9. Para fins de atendimento, a **CONTRATADA** expedirá aos **Usuários** o **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO UNIODONTO**.

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

- 2.10. Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante **autorização prévia da CONTRATADA**, somente aos **Usuários** inscritos, desde que portadores do **Cartão de Identificação Uniodonto e RG**.
- 2.11. Os filhos dos Usuários nascidos na vigência deste Contrato serão automaticamente considerados Usuários Dependentes, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento.
- 2.12. Os filhos adotivos (2.3.6) poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridas pelo Usuário Titular, desde que sejam inscritos como **Usuários** no prazo de 30 (trinta) dias da data da adoção.
- 2.13. Caso a inscrição seja requerida após o prazo ajustado no item anterior, estará submetida à condição disposta na cláusula 7.
- 2.14. Fica inequivocamente ajustado, que os Cartões de Identificação Uniodonto, expedidos pela **CONTRATADA** em função das obrigações do presente Contrato, são da sua propriedade exclusiva, obrigando-se a **CONTRATANTE** a devolvê-los no caso de rescisão contratual.
- 2.15. A utilização indevida dos serviços, será de responsabilidade exclusiva do **CONTRATANTE**, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato, serão considerados título extrajudicial capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.
- 2.16. A **CONTRATANTE** comunicará por escrito à **CONTRATADA**, através de Planilhas, até o dia 20 (vinte) de cada mês, as Inclusões de novos Usuários, que terão atendimento a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da Inscrição.
- 2.17. As exclusões de Usuários deverão ser comunicadas pela **CONTRATANTE**, por escrito através de Planilhas, até o dia 20 (vinte) de cada mês, acompanhadas da devolução dos respectivos Cartões de Identificação.
- 2.17.1. As Planilhas deverão ser entregues na Sede da **CONTRATADA**.
- 2.18. Ocorrendo a rescisão do Contrato de Trabalho mantido pela **CONTRATANTE** com o Usuário Titular, este e os respectivos Usuários Dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente Contrato.
- 2.19. No caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao Usuário Titular o direito à **manutenção** do Plano de Assistência Odontológica, com as mesmas condições de que gozava quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, anteriormente de responsabilidade da **CONTRATANTE**.
- 2.19.1. O período de manutenção da condição de Usuário a que se refere o item 2.19, será de um terço do tempo de permanência no plano mantido pela **CONTRATANTE**, não podendo ser inferior a 6 (seis) meses nem superior a 24 (vinte e quatro) meses e cessará quando da admissão em um novo emprego.
- 2.19.2. A manutenção assegurada em 2.19 se estende aos Usuários Dependentes / Agregados.
- 2.20. Ocorrendo a aposentadoria do Usuário Titular, que esteja incluído no Plano da **CONTRATANTE** há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção do plano Odontológico de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.
- 2.20.1. Caso o período de permanência no Plano Empresarial, for inferior aos 10 (dez) anos, a manutenção do Plano de Saúde aqui assegurada terá a duração de 01 (um) ano para cada ano em que se manteve no plano de saúde da **CONTRATANTE**, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.
- 2.20.1. A manutenção assegurada se estende aos Usuários Dependentes.

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

2.21. Quando ocorrer o extravio do Cartão Uniodonto, a **CONTRATANTE** deverá comunicar à **CONTRATADA**, por escrito, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis. Caso contrário qualquer utilização indevida, sujeitar-se-á ao disposto em 2.15.

**CLÁUSULA 3. SERVIÇOS COBERTOS**

Ao Usuário Titular e seus Dependentes e/ ou Agregados, serão prestados os serviços odontológicos tendo como cobertura o Plano "Básico 3", descrito abaixo, obedecido o cumprimento de carências, contadas a partir da data de vigência do Contrato.

<b>NOMENCLATURA</b>	<b>CODIGO DA TABELA UNIODONTO DE S.P</b>
<b>3.1. DIAGNÓSTICO</b>	<b>100-490</b>
<b>EXAME CLÍNICO</b>	<b>100-190</b>
3.1.1. Consulta Inicial e Plano de Tratamento	110
3.1.2. Urgência Noturna (Sábado, Domingo e Feriados)	120
3.1.3. Urgência Horário Normal (Fora Procedimento)	125
<b>3.2. RADIOLOGIA</b>	<b>200-390</b>
3.2.1. Rx Periapical (3)	210
3.2.2. Levantamento Periapical (Completo) (14)	215
3.2.3. Rx Interproximal (Bite Wing)	220
3.2.4. Rx Interproximal (Bite Wing) Série Completa (4)	225
<b>3.3. TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO</b>	<b>400-490</b>
3.3.1. Exame + Biopsia	430
<b>3.4. PREVENÇÃO</b>	<b>500-590</b>
3.4.1. Profilaxia: Polimento Coronário (2 Arcadas)	510
3.4.2. Orientação de Higiene Bucal	520
3.4.3. Aplicação Tópica de Flúor / Profilaxia (Até 12 Anos)	530
3.4.4. Aplicação de Selante (Por Elemento) (Até 12 Anos)	540
3.4.5. Controle ou Evidenciação de Placa Bacteriana (Por Sessão)	550
<b>3.5. ODONTOPEDIATRIA</b>	<b>600-890</b>
3.5.1. Pulpotomia	700
3.5.2. Pulpectomia	710
3.5.3. Tratamento Endodôntico em Decíduos	720
3.5.4. Exodontia de Dentes Decíduos	730
3.5.5. Ulotomia	750
3.5.6. Ulectomia	760
3.5.7. Restauração de Amálgama de Cobre - 1 Face	770
3.5.8. Restauração de Amálgama de Cobre - 2 Faces	780
3.5.9. Restauração de Amálgama de Cobre - 3 Faces	790
3.5.10. Capeamento Pulpar em Elemento Decíduo (Direto e Indireto)	800
3.5.11. Forramento Pulpar em Elemento Decíduo	810
<b>3.6. DENTÍSTICA</b>	<b>900-1990</b>
3.6.1. Restauração Amalgama 1 Face	910
3.6.2. Restauração Amalgama 2 Faces	920
3.6.3. Restauração Amalgama 3 Faces	930
3.6.4. Restauração Amalgama + 3 Faces	940
3.6.5. Restauração a Pino (Intra Dentinária)	950

Uniodonto de São Paulo

Rua Loefgreen, 1.217 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP 04040-031

Tel./Tronco: (0xx11) 575-2000 - Fax: (0xx11) 571-5526

E-mail: uniodosp@amcham.com.br

uniodonto.sp@uol.com.br

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

3.6.6. Restauração Resina Fotopolimerizavel 1 Face	970
3.6.7. Restauração Resina Fotopolimerizavel 2 Faces	980
3.6.8. Restauração Resina Fotopolimerizavel 3 Faces	990
3.6.9. Restauração Resina Fotopolimerizavel + 3 Faces	1000
3.6.10. Restauração Resina Fotopolimerizavel (Angulo Anterior)	1010
3.6.11. Restauração Resina Quimiop. 1 Face	1090
3.6.12. Restauração Resina Quimiop. 2 Faces	1100
3.6.13. Restauração Resina Quimiop. 3 Faces	1110
3.6.14. Restauração Resina Quimiop. + 3 Faces	1120
3.6.15. Restauração Resina Quimiop. (Angulo Anterior)	1130
3.6.16. Restauração em Cimento De Silicato - 1 Face	1140
3.6.17. Restauração em Cimento De Silicato - 2 Faces	1150
3.6.18. Restauração em Cimento De Silicato - 3 Faces	1160
3.6.19. Restauração a Ionomero De Vidro - 1 Face	1170
3.6.20. Restauração de Superfície Radicular	1180
3.6.21. Colagem de Fragmento	1190
<b>3.7. ENDODONTIA</b>	<b>2000-2990</b>
3.7.1. Tratamento Endodontico em Dente com 1 Conduto (*)	2010
3.7.2. Tratamento Endodontico em Dente com 2 Condutos (*)	2020
3.7.3. Tratamento Endodontico em Dente com 3 ou mais Condutos (*)	2030
3.7.4. Remoção de Obturação Radicular (Por Conduto)	2080
3.7.5. Tratamento Endodontico em Deciduos	2100
3.7.6. Remoção de Prótese e / ou Pino Metálico	2110
3.7.7. Capeamento Pulpar em Elemento Permanente (Direto e Indireto)	2120
3.7.8. Forramento Pulpar em Elemento Decíduo	2130
<b>3.8. PERIODONTIA</b>	<b>3000-3990</b>
3.8.1. Raspagem Supra Gengival / Polimento Coronário (Toda Arcada)	3230
3.8.2. Raspagem Supra e Sub Gengival + Polimento Coronário (P/Elemento)	3250
3.8.3. Curetagem de Bolsa Periodontal	3260
<b>3.9. CIRURGIA</b>	<b>5000-5990</b>
3.9.1. Exodontia de Elemento Permanente	5010
3.9.2. Remoção de Dente Incluso ou Impactado	5020
3.9.3. Exodontia + Retalho	5030
3.9.4. Exodontia (Raiz Residual)	5040
3.9.5. Alveoloplastia (P/ Hemi Arcada)	5050
3.9.6. Ulotomia	5070
3.9.7. Exame + Biopsia	5080
3.9.8. Reconstrução Sulco Gengivo Labial	5090
3.9.9. Cirurgia de Torus Palatino	5100
3.9.10. Cirurgia de Torus Mandibular (Unilateral)	5110
3.9.11. Cirurgia de Torus Mandibular (Bilateral)	5120
3.9.12. Apicectomia Unirradicular	5130
3.9.13. Apicectomia Unirradicular com Obturação Retrógrada	5140
3.9.14. Apicectomia Birradicular	5150
3.9.15. Apicectomia Birradicular com Obturação Retrógrada	5160
3.9.16. Apicectomia Trirradicular	5170
3.9.17. Apicectomia Trirradicular com Obturação Retrógrada	5180
3.9.18. Frenectomia ou Bridectomia (Labial e ou / Lingual)	5190
3.9.19. Excisão de Rânula	5240
3.9.20. Excisão de Mucocele de Desenvolvimento	5250

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

3.9.21. Incisão e Drenagem de Abscesso (Intra Oral)	5260
3.9.22. Incisão e Drenagem De Abscesso (Extra Oral)	5270
3.9.23. Fraturas Alveolo-Dentárias - Redução Cruenta	5280
3.9.24. Fraturas Alveolo-Dentárias - Redução Incruenta	5290
3.9.25. Ulectomia	5300
3.9.26. Correção de Bidas Musculares	5320
3.9.27. Sulcoplastia	5330
3.9.28. Reimplante de Dente Avulcionado (Por Elemento)	5340
<b>3.10. URGÊNCIAS</b>	
3.10.1. Curativo em Caso de Hemorragia Bucal	120 ou 125
3.10.2. Curativo em Caso de Odontalgia Aguda	120 ou 125
3.10.3. Imobilização Dentária Temporária	120 ou 125
3.10.4. Tratamento de Alveolite	120 ou 125
3.10.5. Urgencia de Endodontia - Pulpectomia (Independente da Sequência do Tratamento)	120 ou 125
3.10.6. Tratamento de Gengivite - Terapeutica Básica (2 Arcadas)	120 ou 125
3.10.7. Recolocação De Restauração Metálica Fundida ou Coroas (Incluída Consulta)	120 ou 125
3.10.8. Remoção de Coroa ou Restaurações Metálicas	120 ou 125

**CLÁUSULA 4. SERVIÇOS EXCLUÍDOS**

Este Contrato não tem cobertura para:

- despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar,
- despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar,
- despesas com honorários de anestesistas (profissional médico),
- serviços realizados por profissionais, não cooperados da CONTRATADA, salvo os casos de Urgência conforme consta nas cláusulas 5.6 e 11.1.
- renovação de restaurações sem indicação clínica e / ou troca de restaurações para fins estéticos.**

**CLÁUSULA 5. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- A CONTRATADA fornecerá à CONTRATANTE, após a assinatura do Contrato, para distribuição aos Usuários Titulares, os seguintes documentos:
  - "Orientador Para Usuários", contendo as informações e orientações para utilização dos serviços,
  - "Livreto" - Escolha Seu Dentista, com a Relação dos profissionais cooperados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios,
- A escolha do cirurgião dentista, é de livre arbítrio do Usuário, desde que o profissional esteja inscrito na CONTRATADA, ou para os casos de Urgência mencionados na cláusula 5.5.
- O atendimento será feito em consultório do cirurgião dentista escolhido pelo Usuário, mediante apresentação do Cartão de Identificação Uniodonto e do RG.
- Na consulta, o Usuário será atendido pelo cirurgião dentista cooperado, no horário normal de atendimento, competindo ao Usuário exercer a Livre Escolha entre os cooperados da CONTRATADA.
- O não comparecimento do USUÁRIO no horário marcado, ou não cancelamento de consulta com antecedência mínima de 6 (seis) horas, acarretará na cobrança da Taxa Por Falta, conforme o disposto em 9.8.

**5.6. Atendimento de Urgência**

Uniodonto de São Paulo

Rua Loefgreen, 1.217 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP 04040-031

Tel./Tronco: (0xx11) 575-2000 - Fax: (0xx11) 571-5526

E-mail: uniodosp@amcham.com.br

uniodonto.sp@uol.com.br

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

- 5.6.1. Nos casos Urgência Odontológica, os Usuários poderão obter atendimento junto aos serviços contratados pela **CONTRATADA**, na modalidade prevista neste Contrato, devendo para tanto, identificarem-se como Usuários, apresentando o Cartão de Identificação da Uniodonto e RG.
- 5.6.2. São considerados casos de Urgência, os previstos na cláusula 3.10.

- 5.7. Os **USUÁRIOS** fora da área de atuação da **CONTRATADA**, poderão utilizar os recursos contratados, nos casos de Urgência, através de qualquer COOPERATIVA UNIODONTO em atividade, respeitadas as normas operacionais de cada UNIODONTO, devendo para tanto identificar-se como Usuário, apresentando o Cartão de Identificação Uniodonto, RG.

**CLÁUSULA 6. SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS COMPLEMENTARES**

- 6.1. A **CONTRATADA** poderá prestar através de seus cooperados, Serviços Odontológicos não constantes no rol de procedimentos cobertos por este Contrato, denominados de "Serviços Odontológicos Complementares", dentro das condições operacionais, cujos valores dos serviços serão acordados entre o **USUÁRIO** e a **CONTRATADA**.
- 6.2. O Usuário apresentará o orçamento dos serviços a serem executados na Sede da **CONTRATADA**, para autorização e aprovação do mesmo.
- 6.3. Quando houver cancelamento por qualquer motivo, de tratamento proposto e não realizado, constante em orçamento previamente autorizado, o **USUÁRIO** terá direito ao crédito ou restituição, nos valores vigentes à data da aprovação do orçamento, desde que compareça na Sede da **CONTRATADA** para o acerto.
- 6.4. A **CONTRATANTE** não terá nenhuma interveniência pelos Serviços Odontológicos Complementares, sendo os mesmos de inteira responsabilidade de seus **Usuários**.

**CLAUSULA 7. CARÊNCIAS**

- 7.1. Para ter direito aos serviços objeto deste Contrato, os Usuários deverão cumprir os períodos de carências ajustados nesta cláusula. Os períodos de carências passarão a fluir em função de cada **Usuário**, a partir do dia 1º do mês subsequente ao pedido de sua Inscrição.
- 7.2. Os períodos de carências que deverão ser observados pelos **Usuários** da **CONTRATANTE** serão os seguintes:
- 7.2.1. 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de Urgência, conforme atos previstos no item 3.10.
- 7.2.2. 30 (trinta) dias, para usufruir das coberturas do Plano constantes na cláusula 3, exceto item 3.7.
- 7.2.3. 60 (sessenta) dias, para usufruir da cobertura do Plano constante no item 3.7.
- 7.3. Para o contingente inicial de Usuários Inscritos, a contabilidade das carências, dar-se-á a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente da sua vigência.
- 7.4. Para os Usuários que venham a ser inscritos durante a vigência deste Contrato, a utilização dos serviços dar-se-á a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao de sua Inscrição, desde que respeitados os prazos para cadastramento previstos na cláusula 2.

**CLÁUSULA 8. AUDITORIA ODONTOLÓGICA E APRIMORAMENTO**

Uniodonto de São Paulo

Rua Loefgreen, 1.217 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP 04040-031

Tel./Tronco: (0xx11) 575-2000 - Fax: (0xx11) 571-5526

E-mail: uniodosp@amcham.com.br

uniodonto.sp@uol.com.br

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

8.1. À **CONTRATADA** fica reservado o direito de realizar Auditorias Odontológicas, exames e inspeções, com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, em apurar as reclamações apresentadas sempre por escrito pela **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA 9. PREÇOS E PAGAMENTOS**

9.1. A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, uma só vez tendo como prazo de até 05 (cinco) dias da data de vigência deste Contrato, o montante inerente à:

9.1.1. Taxa de Inscrição: no valor de R\$ 5,00 (cinco reais) por Usuário Titular inscrito,

9.1.2. Mensalidade: no valor de R\$ 14,80 (quatorze reais e oitenta centavos) por Usuário Inscrito no Plano.

9.2. As mensalidades e taxas subseqüentes, serão pagas pela **CONTRATANTE**, pela forma de Pré-Pagamento, até o dia 10 (dez) de cada mês a que se referirem, por intermédio de faturas mensais, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.

9.3. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subseqüente.

9.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação da TDR (Taxa Diária Referencial), até o efetivo pagamento, além de multa de 10% (dez por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

**9.5. Suspensão de Serviços**

9.5.1. O não pagamento da prestação, por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, ensejará a suspensão dos serviços ora contratados, podendo ocorrer o seu restabelecimento mediante acerto financeiro entre as partes; ou seu cancelamento.

9.5.2. A suspensão por parte da **CONTRATADA**, poderá ocorrer também para os Usuários (casos de serviços complementares)

9.6. A **CONTRATANTE** reconhece expressamente, que os valores devidos por força do Contrato, constituem dívidas líquidas e certas, facultando à **CONTRATADA** em caso de falta de pagamento, de qualquer deles, proceder à cobrança por via executiva, do valor principal acrescido da comissão de permanência prevista na cláusula 9.4, eventual correção monetária, se houver e for permitida, e demais encargos decorrentes da execução da dívida.

9.7. Nenhum pagamento será reconhecido como efetuado à **CONTRATADA**, se a **CONTRATANTE** dele não possuir comprovante devidamente autenticado por quem de direito.

**9.8. Taxa Por Falta**

A **CONTRATADA** cobrará diretamente do **Usuário Titular**, o valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), conforme previsto na cláusula 5.5, através de orçamento emitido pelo cirurgião dentista, que deverá ser aprovado nos locais designados, antes do prosseguimento do tratamento.

**9.9. Taxa Para Emissão de 2ª Via do Cartão Uniodonto**

No caso de extravio do Cartão de Identificação Uniodonto, será cobrada uma taxa, no valor de R\$ 5,00 (cinco reais), por **USUÁRIO**, especificado na fatura correspondente ao mês em que ocorrer a solicitação.

9.9.1. Será cobrada ainda nos seguintes casos: Alteração de Dados Cadastrais e/ ou Inclusão de Dependentes / Agregados.

9.10. Não haverá reajuste de mensalidade em decorrência de mudança de Faixa Etária dos Usuários deste Contrato.



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**  
**CLÁUSULA 10. REAJUSTES**

- 10.1. Todos os preços previstos neste Contrato, fixados em moeda corrente do País, serão reajustados automática e anualmente, de conformidade com o IPC-Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor de Saúde), da FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas ou, a qualquer tempo, em função da reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, pela vontade das partes.
- 10.2. Todos os ônus referentes aos serviços, objeto deste contrato, são de responsabilidade da **CONTRATADA**, que se relacionará diretamente com os cirurgiões dentistas cooperados e serviços contratados. A **CONTRATADA** não autoriza qualquer acordo entre o **Usuário** e o profissional cooperado e / ou instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desacordo com a presente cláusula.

**CLÁUSULA 11. REEMBOLSO**

- 11.1. A **CONTRATADA** assegurará à **CONTRATANTE**, o reembolso até o limite das obrigações deste Contrato, das despesas decorrentes com Assistência Odontológica prestada dentro do território nacional, aos seus usuários, exclusivamente para os casos de Urgência, assim considerados os procedimentos descritos na cláusula 3.10, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional Uniodonto.
- 11.2. O reembolso de que trata a cláusula acima, será efetuado pela **CONTRATADA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pelo **CONTRATANTE**, dos seguintes documentos:
- 11.2.1. requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela **CONTRATADA**, solicitando o reembolso.
- 11.2.2. cópia do orçamento datado e assinado pelo cirurgião dentista que prestou o atendimento, declarando todos os dados pessoais do **USUÁRIO**, diagnóstico, descrição e justificativa de procedimentos realizados.
- 11.2.3. recibo assinado pelo cirurgião dentista, acusando o recebimento dos valores pagos pelo **USUÁRIO**.
- 11.3. Caso a **CONTRATADA** não efetue o reembolso dentro do prazo estipulado, deverá fazê-lo atualizando monetariamente o seu valor a partir da data de protocolo do requerimento, de acordo com a variação da TDR (Taxa Diária Referencial), até o efetivo pagamento, além de multa de 10% (dez por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.
- 11.4. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento "**URGÊNCIA**", no limite do valor de R\$ 21,00 (vinte e um reais), excetuando-se qualquer material ou medicamento prescrito para uso domiciliar.
- 11.5. A **CONTRATANTE** perderá o direito de requerer o reembolso para seu Usuário, decorridos 60 (sessenta) dias da data do evento.

**CLÁUSULA 12. COMPREENSÃO DOS DIREITOS DA CONTRATANTE**

- 12.1. As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza exigida pelo artigo 54, § 3º, do Código de Defesa do Consumidor, que a responsabilidade da **CONTRATADA**, limita-se à relação de serviços enumerados na cláusula 3, considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos **Usuários**. Para tanto, qualquer especialidade odontológica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados na cláusula 3, não tem cobertura contratual.
- 12.2. Entretanto, desde que haja prévia avaliação entre as partes, a cobertura contratual poderá ser ampliada através de aditamentos contratuais ou executado serviço não objeto do contrato na modalidade definida como "Custo Operacional", mediante pagamento específico por parte do **CONTRATANTE**.

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**  
**CLÁUSULA 13. PRAZOS**

- 13.1. Este Contrato é assinado pelo período de 12 (doze) meses, com vigência a partir de 01 de outubro de 2000.
- 13.2. Após esse período, passará a vigorar por prazo indeterminado, podendo, a partir de então, ser rescindido a qualquer momento, por qualquer das partes, mediante Aviso Prévio, por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias, sem que assista às partes indenização, seja a que título for.

**CLÁUSULA 14. RESCISÃO CONTRATUAL**

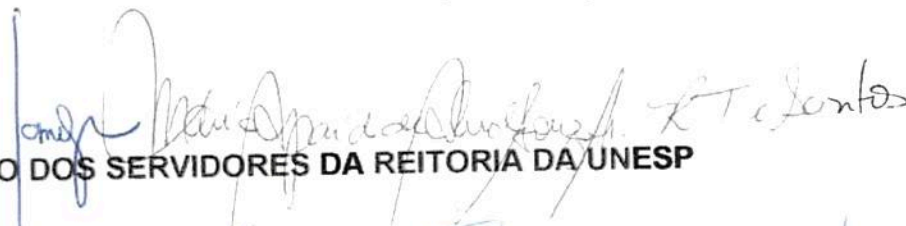
- 14.1. Este Contrato poderá ser rescindido a qualquer momento, se as partes não cumprirem fielmente suas cláusulas e condições, ressalvado por força maior que não permita as partes o prosseguimento de suas atividades.
- 14.2. Após o aviso de Rescisão, não serão aprovados novos orçamentos, comprometendo-se a **CONTRATADA** a concluir todos os orçamentos já aprovados e em andamento.
- 14.3. No caso de não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser notificada judicial ou extrajudicialmente, da rescisão contratual, ficando responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das perdas e danos.

**CLÁUSULA 15. DISPOSIÇÕES FINAIS**

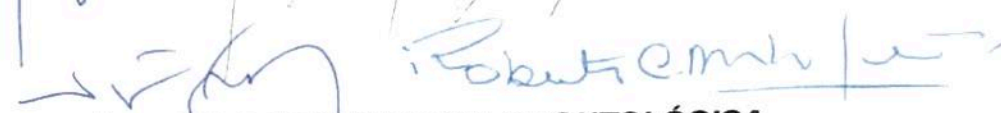
- 15.1. O presente Contrato durante sua vigência poderá sofrer adições, substituições ou modificações, seja no tocante aos serviços contratados, ou em suas cláusulas e condições, sendo certo no entanto, que tais alterações ou adições sejam comunicadas por escrito.
- 15.2. Não haverá cobrança de quaisquer tipos de taxas no ato da renovação contratual.
- 15.3. Fica vedado às partes a transferência a terceiros, sem prévia anuência da outra parte, dos direitos e faculdades decorrentes deste Contrato.
- 15.4. A **CONTRATANTE** reconhece expressamente que o seu vínculo contratual é restrito à **UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, mesmo no caso de ser atendido por outras Cooperativas integrantes do Sistema Nacional Uniodonto.
- 15.5. Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato ou de sua execução, as partes elegem o foro da Comarca de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

**São Paulo, 01 de outubro de 2000**

**CONTRATANTE:**

  
**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA REITORIA DA UNESP**

**CONTRATADA:**

  
**UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

**TESTEMUNHAS:**

1 -   
**GILBERTO APARECIDO DE ALMEIDA**

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA REITORIA DA UNESP

2 - 

10