

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, REFERENTE À PROPOSTA CONTRATUAL n° \_\_\_\_\_**

**CLÁUSULA 1ª.** Esta contratação tem por objeto a cobertura dos procedimentos especificados na CLÁUSULA 2ª deste instrumento, para o BENEFICIÁRIO TITULAR, seus DEPENDENTES e AGREGADOS porventura inscritos.

**CLÁUSULA 2ª.** Quando contratado o UNIMED DENTAL 2, haverá a cobertura para os seguintes procedimentos abaixo relacionados:

**I - Documentação ortodôntica, nesta inclusa:**

- a) radiografia panorâmica com finalidade ortodôntica;
- b) 1 (uma) Telerradiografia;
- c) 1 (um) Traçado cefalométrico;
- d) 5 (cinco) fotografias;
- e) 1 (um) par de modelos ortodônticos;
- f) 1 (uma) caixa para acondicionamento de modelos ortodônticos; e
- g) 1 (uma) pasta plástica para acondicionamento de exames radiográficos.

**II - Mantenedores de espaço em Odontopediatria:**

- a) Mantenedor de espaço fixo; e
- b) Mantenedor de espaço removível.

**CLÁUSULA 3ª.** Os procedimentos acima somente poderão ser realizados após a realização de perícia prévia.

**CLÁUSULA 4ª.** As coberturas previstas neste instrumento terão **prazo de carência de 90 (noventa) dias** para utilização, contado a partir da inclusão de cada beneficiário nesta assistência.

**CLÁUSULA 5ª.** Os atendimentos deverão ser requisitados pelo cirurgião-dentista assistente.

**CLÁUSULA 6ª.** A cobertura atualmente é prestada, única e exclusivamente **pela prestadora de serviços contratada pela UNIMED-RIO e expressamente mencionada na Proposta Contratual. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, diversa daquela informada por ocasião da contratação, a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.**

**6.1.** A UNIMED-RIO se reserva ao direito de, a qualquer tempo, cancelar a prestação deste serviço, mediante prévia comunicação ao CONTRATANTE, cessando-se a cobrança dos valores correspondentes.

**CLÁUSULA 7ª.** As coberturas previstas neste instrumento serão prestadas em âmbito nacional.

**CLÁUSULA 8ª.** Estão expressamente excluídas da cobertura deste contrato:

- a) todas as coberturas não mencionadas na CLÁUSULA 2ª deste instrumento, inclusive os procedimentos das especialidades de ortodontia, nesta incluso instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel;
- b) procedimentos experimentais e utilização de materiais importados não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão oficial governamental;
- c) procedimentos prestados por profissionais não pertencentes à rede assistencial contratada;
- d) atendimentos domiciliares;
- e) atendimentos efetuados antes da inclusão dos beneficiários ou do cumprimento das carências previstas neste instrumento;



- f) procedimentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g) procedimentos para fins estéticos;
- h) procedimentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada; e
- i) estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos e exames odontológicos previstos na **CLÁUSULA 2ª** deste instrumento, que por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar.

**CLÁUSULA 9ª.** A assistência prevista neste instrumento será prestada após o cumprimento do período de carência previsto na **CLÁUSULA 4ª**, contado a partir da inclusão de cada beneficiário indicado pelo **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA 10ª.** As inclusões e as exclusões serão realizadas mediante solicitação do **CONTRATANTE**.

**10.1.** A inclusão ou a exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** acarretará, respectivamente, na inclusão ou exclusão de todos os seus **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** e **AGREGADOS** eventualmente inscritos.

**10.2.** A permanência dos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** e **AGREGADOS** nesta assistência dependerá da participação do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

**10.3.** Nos casos de exclusão do **UNIMED DENTAL 2** antes do período mínimo de vigência de 12 (doze) meses, a **CONTRATANTE** arcará com o pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor devido à **UNIMED-RIO** até o término do referido prazo de vigência mínima. O pagamento devido será calculado com base na média das mensalidades quitadas até a data do cancelamento.

**CLÁUSULA 11ª.** O **CONTRATANTE** está ciente de que o preço ajustado, por beneficiário inscrito nesta assistência, é informado por ocasião da contratação ou da solicitação de alteração contratual, e constará da Proposta Contratual.

**11.1.** O valor pago por esta assistência será reajustado anualmente, pelo mesmo índice aplicado ao contrato de assistência odontológica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Contratante