

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 e seus DEPENDENTES, 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 à 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 pela CONTRATANTE.

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

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

10.2. A permanência dos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** 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 50% (cinquenta 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. A **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.

E, por estarem de acordo, as partes, por seus representantes legais, assinam o presente termo, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos, na presença de 2 (duas) testemunhas que também o assinam.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(s) Representante(s) do(a) Contratante