

## CONTRATO DE ESTIPULAÇÃO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Pelo presente instrumento, de um lado:

► **ELO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 13.122.792/0001-19, sediada na SHIS QI 05 Bloco F Sala 101 C. Empresarial Gilberto Salomão, nº 101, Bairro Lago Sul, Cidade Brasília - UF DF, CEP 71.615-560, neste ato representada em conformidade com seu Estatuto Social, devidamente registrada como Administradora de Benefícios na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 41842-1, doravante denominada simplesmente como **"ADMINISTRADORA"**, e, de outro lado;

► **UNIMED SAÚDE E ODONTO S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 10.414.182/0001-09, sediada na Al. Ministro Rocha Azevedo, 346, 4º andar, Bairro Cerqueira César, São Paulo/SP, neste ato representado em conformidade com seu Estatuto Social, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 41.680-1, doravante denominada simplesmente como **"UNIMED ODONTO"**;

Sendo que, conjuntamente, **ADMINISTRADORA** e **UNIMED ODONTO** passam a ser designadas simplesmente como **"PARTES"**.

Considerando que:

I – A **UNIMED ODONTO** é uma operadora especializada na comercialização de planos de saúde odontológicos;

II – A **ADMINISTRADORA**, na qualidade de Administradora de Benefícios com forte atuação e *expertise* no segmento de plano odontológico, nos termos das Resoluções Normativas de nº 196/2009 e 203/2009, da ANS, e na forma prevista no *caput* do art. 23, no inciso III e também no parágrafo único, todos do citado dispositivo incrustado na Resolução Normativa 195/2009, também da ANS, deseja contratar em prol da sua carteira de clientes, na condição de contratante, Plano Odontológico Coletivo Empresarial;

III – Somente poderão ser beneficiárias as pessoas que atendam à elegibilidade prevista no art. 5º da RN 195/2009;

IV – Será permitido a contratação de Plano Odontológico Coletivo Empresarial por empresário individual, devendo ser atendido todos os requisitos previstos na RN 432/2017;

IV – Todas as questões relativas ao plano odontológico que não contrariem o presente contrato serão regulamentadas pelas disposições contidas neste instrumento, nas Propostas de Contratação e nos Contratos dos Planos Odontológicos registrados junto à ANS;

V – A **ADMINISTRADORA** declara ser, na qualidade de contratante, nos termos deste contrato, das normas vigentes e no disposto no Contrato Coletivo Empresarial Odontológico, a única responsável pelas solicitações de inclusões e exclusões das subcontratantes no Plano Odontológico Coletivo Empresarial a ser firmado junto à **UNIMED ODONTO**, respondendo perante a operadora e terceiros por todos e quaisquer danos oriundos de culpa ou dolo sua ou ainda de seus prepostos, representantes, parceiros, colaboradores, funcionários etc.

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DEFINIÇÕES

1.1. Sempre que referidos neste instrumento ou em documentos separados, os termos e expressões iniciados em letra maiúscula, no plural ou no singular, terão os significados indicados abaixo.

- a) **“Administradora de Benefícios”** significa a empresa que atua na forma prevista no *caput* do art. 2º, da RN/ANS nº 196/2009, na condição de **Estipulante”**.
- b) **“Anexo”** significa os documentos que passam a fazer parte integrante deste Acordo”;
- c) **“ANS”** significa Agência Nacional de Saúde Suplementar”;
- d) **“Autorização Prévia”** significa a aprovação concedida pela **UNIMED ODONTO** para os serviços especializados e para que os atendimentos possam ocorrer, bem como para qualquer outro procedimento que venha a ser indicado pela **UNIMED ODONTO”**.
- e) **“Beneficiário Titular”** significa a pessoa física que adere e é aceito no plano odontológico coletivo empresarial comercializada com base neste Acordo, vinculado à **Empresa contratante”**;
- f) **“Beneficiário Dependente ou Agregado”** significa a pessoa física indicada pelo Beneficiário Titular para ingressar no contrato de plano odontológico coletivo empresarial, a ele vinculada, e que com ele mantenha uma situação de dependência admitida nas condições contratuais”;
- g) **“Beneficiários”** significam o conjunto de Beneficiários Titulares e seus respectivos Beneficiários Dependentes/Agregados”;
- h) **“Cancelamento do Contrato”** significa a rescisão do contrato de plano odontológico coletivo empresarial, nos termos previstos nas condições contratuais”;



- i) **“Carteira de Identificação (ou Cartão Individual de Identificação)”** significa o documento que individualiza o **Beneficiário** do plano, emitido pela **UNIMED ODONTO**, e que contém informações sobre o tipo de plano, coberturas e outros dados necessários para facilitação do atendimento”;
- j) **“Contraprestação pecuniária** é o valor monetário pago pela **ADMINISTRADORA**, por si, pelos Beneficiários Titulares e por seus dependentes e agregados. São os valores relacionados à mensalidade do plano odontológico”;
- k) **“Convênio”** significa o instrumento jurídico que a **ADMINISTRADORA** deve firmar com a **Empresa contratante**, com o objetivo de definir os termos da contratação do plano odontológico em perspectiva, cujos termos deverão estar em consonância com as condições contratuais firmadas entre **ADMINISTRADORA** e a **UNIMED ODONTO**”;
- l) **“Empresas Contratantes ou Subcontratantes”** significa a pessoa jurídica ou empresário individual vinculado contratualmente à **ADMINISTRADORA** e que se enquadra nos requisitos de legitimidade conforme definido no art. 5º, da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009 e art. 2º, da Resolução Normativa ANS nº 432, de 27 de dezembro de 2017;
- m) **“Empresário Individual”** significa a pessoa física que exerce em nome próprio atividade empresarial, nos termos do artigo 966 do Código Civil e que se equipara para fins tributários a pessoa jurídica. São os seguintes os requisitos necessários para a configuração do empresário individual: (i) profissionalismo; (ii) exercício de atividade econômica; (iii) organização; e (iv) escopo de produção ou circulação de bens e serviços;
- n) **“Estipulante ou Administradora de Benefícios”** significa a empresa que, em nome de terceiros, contrata plano privado coletivo de assistência odontológica, na forma do art. 5º, da Resolução Normativa ANS nº 196, de 14 de julho de 2009, e na forma do art. 23, inc. III, da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009”;
- o) **“Guia de Leitura Contratual”** significa o conjunto de instruções que visam facilitar aos **Beneficiários** uma melhor compreensão dos termos e condições do plano”;
- p) **“Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS (ou Manual do Beneficiário)”** significa o conjunto de regras, exigências e procedimentos que devem ser seguidos pelos **Beneficiários**, para usufruir dos benefícios do plano, devendo ser entregue aos Beneficiários, mediante comprovação, antes da adesão ao plano odontológico”;
- q) **“Planos (ou Produtos)”** significam os conjuntos compostos pelos diferentes padrões de coberturas, múltiplos de reembolso, rede referenciada e prêmio mensal, os quais estão vinculados ao contrato de plano odontológico coletivo empresarial, para escolha por parte dos **Beneficiários Titulares**”;

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'J' or 'I'.



- r) “**Suspensão de Cobertura**” significa o período durante o qual, numa situação de inadimplência, os **Beneficiários** não poderão fazer uso dos benefícios/coberturas previstas no contrato de plano odontológico”;
- s) “**Taxa de Administração**” significa a remuneração devida à **ADMINISTRADORA** pelos **Beneficiários**, em razão de sua atuação como **Administradora de Benefícios**, na condição de **Estipulante** dos Planos de Assistência à Odontologia, na forma do item III, do art. 23, da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009”;
- t) “**Termo de Inclusão (Empresas Contratantes)**” significa o instrumento assinado entre a **UNIMED ODONTO** e a **ADMINISTRADORA** e a **Empresas Contratantes**, para vinculação de todos aos termos e condições do plano odontológico”;

## CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O presente instrumento objetiva definir as condições para a administração e operação dos produtos de planos odontológicos, visando atender beneficiários que possuam vínculo empregatício ou estatutário com a empresa contratante.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DOS NORMATIVOS LEGAIS APLICÁVEIS

3.1. A **ADMINISTRADORA** obriga-se, em relação aos **Produtos** da **UNIMED ODONTO** que forem por ela estipulados junto às **Empresas Contratantes**, a observar todas as normas aplicáveis, em especial às constantes das condições contratuais, proposta de contratação e aditivos existentes, bem como dos seguintes dispositivos legais:

- a) Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;
- b) Resolução Normativa nº 262, de agosto de 2011, e suas alterações;
- c) Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, e alterações posteriores;
- d) Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009,
- e) Resolução Normativa nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

3.2. Além das normas previstas acima, e durante toda a sua vigência, este instrumento será regido por normas ulteriores aplicáveis ao seu objeto, que venham a alterar regras legais existentes ou dispor sobre novos aspectos abrangidos por aquele objeto.

3.3. A **ADMINISTRADORA** fará a oferta dos produtos às pessoas jurídicas e/ou empresários individuais (denominadas subcontratantes) vinculadas contratualmente a ela (**ADMINISTRADORA**), sendo que as inclusões das subcontratantes no Contrato Coletivo Empresarial Odontológico respeitarão, obrigatoriamente, todas as condições das normas vigentes, em especial no que se refere à legitimidade das Empresas

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'J' or 'L'.



Contratantes e elegibilidade previstos no art. 5º da RN 195/2009 e artigo 2º da RN 432/2017.

3.3.1. A **ADMINISTRADORA** não poderá, em qualquer hipótese, firmar contratos com subcontratantes cuja negociação contrarie qualquer aspecto contido no presente instrumento, bem como na proposta de contratação ou Contrato Coletivo Empresarial Odontológico dos produtos garantidos pela **UNIMED ODONTO**, sob pena de arcar com todo e qualquer prejuízo ocasionado às subcontratantes, proponentes e à própria **UNIMED ODONTO**.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DOS REQUISITOS DE LEGITIMIDADE E ELEGIBILIDADE**

4.1. A **ADMINISTRADORA** deverá estar qualificada formalmente, mediante o estabelecimento de **Convênio** específico com a **Empresa Contratante** para poder solicitar à **UNIMED ODONTO** a inclusão da **Empresa Contratante** como aderente ao plano da qual a **ADMINISTRADORA** é a **Estipulante**.

4.2. Para cada **Empresa Contratante** deverá ser assinado um **TERMO DE INCLUSÃO**, para sua vinculação a todos as condições do Contrato. Este **TERMO DE INCLUSÃO** deverá ser firmado pela **ADMINISTRADORA**, pela **UNIMED ODONTO** e pela **Empresa Contratante**, na forma do modelo que passa a integrar este **ADITIVO**, como **Anexo I**, observadas as disposições do item 4.10 e seus subitens 4.10.1 e 4.10.2, deste instrumento.

4.3. A **ADMINISTRADORA** deverá exigir dos subcontratantes enquadrados como empresários individuais, no ato da contratação e implantação do contrato, documento que confirme a inscrição nos órgãos competentes, bem como a regularidade cadastral junto à Receita Federal do empresário individual, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 meses, de acordo com sua forma de constituição, observadas as disposições do item 4.10 e seus subitens 4.10.1 e 4.10.2, deste instrumento.

4.4. Os documentos por meio dos quais se comprovará o disposto nos itens 4.3, estejam eles na forma física ou digital, deverão ser guardados pela **ADMINISTRADORA** pelo período de 10 anos e disponibilizados à **UNIMED ODONTO**, assim que solicitados, no prazo máximo de 48 horas, observadas as disposições do item 4.10 e seus subitens 4.10.1 e 4.10.2, deste instrumento.

4.5. Caberá à **ADMINISTRADORA** exigir e comprovar os requisitos de elegibilidade dos **Beneficiários**, nos termos das Resoluções Normativas nºs 195, 200, 204 e 432, para fins de sua inclusão no Contrato, observadas as disposições do item 4.10 e seus subitens 4.10.1 e 4.10.2, deste instrumento.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'J' or similar character.

4.6. A **ADMINISTRADORA** deverá observar os seguintes critérios para inclusão dos **Beneficiários no Contrato**:

- a) Na qualidade de **Beneficiários Titulares**, somente poderão ser incluídas as pessoas físicas que comprovem e mantenham vínculo empregatício ou estatutário com a **Empresa Contratante**,
- b) Na qualidade de **Beneficiários Dependentes** dos **Beneficiários Titulares** somente poderão ser incluídas as pessoas físicas que atendam aos requisitos previstos nas condições contratuais.

4.7. Os **Beneficiários Dependentes** somente poderão ser incluídos no mesmo plano escolhido pelo **Beneficiário Titular** a que estão vinculados.

4.7.1. Poderão ser aceitos como Beneficiários Dependentes, desde que cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular o grupo familiar, conforme definido abaixo:

- a) Cônjuge ou companheiro(a);
- b) Filhos;
- c) Enteado ou menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos.

4.7.2. A critério exclusivo da **UNIMED ODONTO** poderão ser aceitos como Beneficiários Agregados, desde que cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular o grupo familiar até o segundo grau de parentesco por afinidade.

4.7.3. O parentesco para dependentes e agregados é considerado em relação ao Beneficiário Titular.

4.8. Para a inclusão da **Empresa Contratante** a **ADMINISTRADORA** deverá manter em seus arquivos e disponibilizar à **UNIMED ODONTO** sempre que solicitado, os documentos relacionados a seguir:

- a) cópia do CNPJ;
- b) cópia do estatuto ou contrato social ou comprovante de constituição como empresário individual, pelo período mínimo 6 meses, extraído dos órgãos competentes. Este último é específico para os subcontratantes enquadrados como empresário individual;
- c) carta de nomeação do corretor, assinada pelo representante legal da Empresa Contratante;
- d) cópia da documentação comprobatória do vínculo com a ADMINISTRADORA;
- e) cópia dos documentos que comprovam os vínculos previstos na Resolução Normativa ANS nº 195/2009, do Beneficiário Titular com a Empresa Contratante;



- f) outros documentos, quando solicitados pela **UNIMED ODONTO**, necessários para comprovação dos vínculos previstos na Resolução Normativa nº 195/2009, do segurado titular com o Subestipulante; bem como a legitimidade do contratante previsto na Resolução Normativa nº 432/2017 da ANS; e
- g) comprovante de entrega do MPS as Empresas Contratantes e proponentes, de acordo com o disposto no item 6.1, letra "f".

4.9. A documentação relativa à adesão ao Contrato dos **Beneficiários Titulares** e seus **Beneficiários Dependentes** ficará de posse da **ADMINISTRADORA**, sendo encaminhada à **UNIMED ODONTO** quando por esta solicitada, em até 48 (quarenta e oito) horas ou em prazo inferior, caso assim tenha sido determinado por ato de autoridade à **UNIMED ODONTO**. Esta documentação deverá ser preservada pela **ADMINISTRADORA** pelo prazo de 10 (dez) anos, na forma da lei, a contar do cancelamento ou extinção do vínculo contratual do **Beneficiário**.

4.10. A **ADMINISTRADORA** ficará obrigada a realizar a análise prévia de aceitação, das subcontratantes, devidamente legitimadas, nos termos das normas vigentes, em especial, mas não se limitando, no que concerne o previsto no art. 5º da RN Nº195/09 e artigo 2º, parágrafo 1º, da RN 432/2017, da ANS, e das regras fixadas e previstas neste Contrato, na Proposta de Contração e no Contrato Coletivo Empresarial Odontológico do(s) Produto(s) contratado(s), comprometendo-se a não firmar negócio e/ou não realizar a inclusão/aceitação, de nenhuma subcontratante, que não esteja em conformidade com as regras pré-estabelecidas nos citados documentos.

4.10.1. Ocorrendo qualquer erro, falha, negligência e/ou omissão nessa análise prévia, por parte da **ADMINISTRADORA**, cujo efeito acarrete na aceitação ou manutenção de alguma subcontratante fora dos parâmetros descritos no artigo 5º da Resolução Normativa nº 195/09 e artigo 2º da RN 432/2017, bem como neste instrumento, na Proposta de Contração ou no Contrato Coletivo Empresarial Odontológico e/ou das regras de aceitação estabelecidas pela **UNIMED ODONTO**, a **ADMINISTRADORA** arcará com todas as perdas, danos, prejuízos e quaisquer outros valores que porventura sejam imputados à **UNIMED ODONTO**, incluindo, mas não se limitando, as multas aplicadas pelos órgãos da Administração Pública, em especial, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de arcar, de forma integral, com os pagamentos das despesas assistenciais (utilização/atendimentos odontológicos) de todos os Beneficiários sem comprovação de vínculo, acrescidos de taxa administrativa de 15% (quinze por cento).

4.10.2. As mesmas regras, condições e penalidades estabelecidas no item 4.10.1 acima, também, serão automaticamente aplicadas contra a **ADMINISTRADORA**, na hipótese de a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou o Poder Judiciário determinar a manutenção do(s) Beneficiário(s) no



Contrato Coletivo Empresarial Odontológico, na condição de “individual/familiar”, sendo ou não a justificativa embasada no artigo 32 da Resolução Normativa 195/09 e §§ 2º e 3º do artigo 3º da RN 432/2017.

## CLÁUSULA QUINTA – DA SISTEMÁTICA OPERACIONAL

5.1. Não haverá a exigência do cumprimento dos prazos de carência para as empresas com numero de beneficiários superior a 30 e beneficiários que aderirem ao plano odontológico no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do ingresso da Empresa Contratante ao contrato celebrado entre a **UNIMED ODONTO** e a **ADMINISTRADORA**.

5.1.1. Também não haverá exigência do cumprimento dos prazos de carência para os beneficiários que se vincularem à Empresa depois de transcorrido o prazo do item 5.1 supra e que formalizarem sua Proposta de Adesão durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data do ingresso da Empresa ao contrato celebrado entre a **UNIMED ODONTO** e a **ADMINISTRADORA**.

5.2. Os Beneficiários inscritos após os prazos definidos nos itens 5.1 e 5.1.1 acima ou, ainda, o Beneficiário que tenha sido excluído do Contrato, independentemente do motivo e tenha seu pedido de retorno deferido pela **UNIMED ODONTO**, cumprirão os seguintes prazos de carências, contados a partir do início de vigência do seguro individual ou, na última situação, do reingresso no Contrato:

PROCEDIMENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA
Urgência	24 hs
Diagnóstico	24 hs
Prevenção	60 dias
Radiologia	60 dias
Dentística	60 dias
Cirurgia	60 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	90 dias
Próteses	180 dias
Ortodontia	180 dias
Demais procedimentos	180 dias

5.2.1. Para a realização do procedimento em questão (redução de carência), deverão ser tratadas fora do sistema “online” e somente será efetivada após a avaliação da **UNIMED ODONTO**.





5.2.2. A inclusão dos Beneficiários inscritos após o prazo definido nesta Cláusula Quinta dependerá do preenchimento do Cartão de Adesão, observadas, ainda, as demais disposições contratuais

5.3. A **ADMINISTRADORA** comunicará por escrito ou por meio magnético à **UNIMED ODONTO**, até o dia 20(vinte) de cada mês, as inclusões dos novos **Beneficiários**, cujo início de vigência do vínculo contratual será a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da inscrição.

5.4. Para as inclusões posteriores ao início de vigência, a contratação se dará adotando-se os mesmos parâmetros citados anteriormente, **desde que satisfeitas às condições de aceitação previstas nas Condições Contratuais do Plano Odontológico.**

5.4.1. As exclusões poderão ser comunicadas, pela **ADMINISTRADORA**, a qualquer tempo, sendo que o término de vigência das coberturas será o último dia do mês do recebimento do aviso pela **UNIMED ODONTO**, ou a data do final de vínculo com a **ADMINISTRADORA** ou do fato que gerou o término do direito ao Plano, conforme acordado.

5.4.2. Após a data de corte mencionada no item anterior e o primeiro dia do mês subsequente, poderão ainda ser incluídos novos **Beneficiários** com início de vigência na mesma competência, mediante solicitação da **ADMINISTRADORA** à **UNIMED ODONTO**.

5.4.3. A emissão do faturamento basear-se-á na movimentação informada pela **ADMINISTRADORA** à **UNIMED ODONTO** até a data indicada no item 5.3, sendo de exclusiva responsabilidade da **ADMINISTRADORA** a comunicação, a qual deverá ocorrer no prazo da movimentação, dos pedidos de novas inclusões, reativações, exclusões e/ou suspensão. Na falta de comunicação até essa data, o faturamento terá como base o número de Beneficiários do mês anterior.

5.5. A **ADMINISTRADORA** será responsável por cientificar os Beneficiários de eventual atraso na emissão e recebimento do Cartão Individual de Identificação.

5.6. Caso existam inclusões de novos **Beneficiários** após a data de início de vigência da adesão individual de cada **Beneficiário**, a **UNIMED ODONTO** fica desde já autorizado a cobrar da **ADMINISTRADORA**, de forma retroativa, o valor da contraprestação.

5.7. A **UNIMED ODONTO** confeccionará as **Carteiras de Identificação** dos **Beneficiários**, as quais serão encaminhadas à **ADMINISTRADORA**, para posterior entrega aos **Beneficiários** dentro do mês de início de vigência do plano, contendo as



informações sobre o tipo de coberturas, denominação do Plano, e outros dados necessários para facilitação do atendimento.

5.8. A Autorização Prévia somente será concedida aos **Beneficiários** desde que estejam com a cobertura ativa na **UNIMED ODONTO**, devendo ser portadores das Carteiras Individuais de Identificação do plano válido e de identidade oficial (com foto).

5.9. Para inclusão de Beneficiário Titular, após o início de vigência do contrato, será necessário o envio de documento que comprove a data de sua vinculação junto à(s) **Empresa(s) Contratante(s)**.

5.10. Para inclusão de Beneficiários Dependentes, após a data de inclusão de o Beneficiário Titular, será necessário o envio à **ADMINISTRADORA**, juntamente com a solicitação de inclusão, do documento que prove a aquisição da condição de dependência, tais como Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento etc.

5.11. Ocorrendo a exclusão de o Beneficiário Titular ou a rescisão ou extinção do seu vínculo contratual, o **Beneficiário Titular** e seus respectivos **Beneficiários Dependentes** serão imediatamente excluídos do Contrato.

5.11.1. A exclusão das **Empresas Contratantes** ou de Beneficiários, conforme o caso, dar-se-á:

- a) a pedido da **ADMINISTRADORA**;
- b) por iniciativa da **UNIMED ODONTO**, na hipótese de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude ou dolo, por parte do beneficiário titular, dos beneficiários dependentes, agregados (quando houver), da EMPRESA ou da **ADMINISTRADORA**;
- c) Com a cessação do vínculo entre o Beneficiário e a EMPRESA;
- d) Se houver inobservância das condições contratuais e/ou omissão ou distorção de informações, em prejuízo da **UNIMED ODONTO** ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- e) Após prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, de atraso no pagamento da contraprestação pecuniária.

5.11.2. Os Beneficiários Dependentes e Agregados, quando houver, serão automaticamente excluídos:

- a) Sempre que cessarem as coberturas do Beneficiário Titular a que estiverem vinculados, nas hipóteses previstas nas alíneas do item 5.11.1 acima; e
- b) Com a perda da condição, necessária para inclusão de dependentes e agregados, quando houver.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'J' or 'G'.



5.12. Para solicitar a exclusão do plano o beneficiário deverá ter obrigatoriamente nele permanecido por período de **12 (doze) meses** contados da data de sua inclusão, salvo na hipótese da perda do vínculo com a EMPRESA CONTRATANTE cliente da **ADMINISTRADORA**. Neste caso, a exclusão do Beneficiário Principal cancelará a inscrição dos seus respectivos dependentes.

5.12.1. A exclusão do Beneficiário Principal, Dependente e/ou Agregado, quando houver, antes do período mínimo de permanência previsto no item anterior facultará a **UNIMED ODONTO** a cobrar da **ADMINISTRADORA** o pagamento de multa pecuniária equivalente a 100% (cem) por cento do valor das mensalidades que seriam devidas até completar o período mencionado, ressalvado o direito da **UNIMED ODONTO** de exigir complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

## CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

### 6.1. São obrigações da **ADMINISTRADORA**:

- a) responsabilizar-se pela prospecção e divulgação dos **Planos** junto aos **Proponentes das Empresas Contratantes**;
- b) exigir dos Subcontratantes enquadrados como empresários individuais, no ato da contratação, a regularidade prevista no artigo 2º, parágrafo 1º, da RN 432/2017.
- c) guardar a documentação pertinente para a comprovação da regularidade prevista no artigo 2º da RN 432/2017.
- d) dar ciência aos **Beneficiários** a respeito do conteúdo de cada plano e orientar sobre a necessidade de atendimento das normas respectivas, inclusive entregando-lhes a documentação exigida pela **ANS**;
- e) exigir dos **Beneficiários Titulares** documento que comprove seu vínculo junto à **Empresa Contratante** à qual estão vinculados;
- f) exigir dos **Beneficiários Dependentes** o comprovante de sua dependência em relação ao **Beneficiário Titular**, bem como zelar pelo atendimento aos critérios estabelecidos neste instrumento para indicação como **Beneficiário Dependente**;
- g) proceder à movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de **Beneficiários**. O arquivo deverá conter informações cadastrais completas dos **Beneficiários**, nos moldes estabelecidos pela legislação. A **UNIMED ODONTO** poderá rejeitar a inclusão, na hipótese de não encaminhamento das informações completas, devendo o valor da contraprestação pecuniária ser paga até a efetiva exclusão do Beneficiário;



- h) enviar aos **Beneficiários** as **Carteiras de Identificação**. O **Manual do Beneficiário (MPS)**, **Guia de Leitura Contratual (GLC)** e a **Lista de Prestadores Médicos Referenciados** serão disponibilizados no portal;
- i) arrecadar a contraprestação pecuniária mensal dos **Beneficiários** e repassá-la à **UNIMED ODONTO** nos valores e prazos definidos;
- j) efetuar o pagamento das faturas mensais da contraprestação pecuniária todo dia 20 do mês de vigência, expedidas pela **UNIMED ODONTO**;
- k) disponibilizar serviços de atendimento aos **Beneficiários**, nos limites de atuação previstos na RN 196/2009;
- l) manter a condição de **Administradora de Benefícios** com registro na ANS.

6.1.1. A **ADMINISTRADORA** será responsável pela reparação de eventuais danos, prejuízos e/ou sanções administrativas/judiciais que porventura sejam causados à **UNIMED ODONTO**, em virtude do não cumprimento das obrigações.

6.1.2. A **ADMINISTRADORA** não poderá, em qualquer hipótese, firmar contratos com as **EMPRESAS** cuja negociação contrarie qualquer aspecto contido no presente instrumento, bem como da Proposta de Assistência Odontológica ou contrato do plano odontológico dos produtos garantidos pela **UNIMED ODONTO**, sob pena de arcar com todo e qualquer prejuízo ocasionado as **Empresas Contratantes**, beneficiários, proponentes e a própria **UNIMED ODONTO**.

6.1.3. A **ADMINISTRADORA** ficará obrigada a inutilizar e a devolver à **UNIMED ODONTO** os cartões individuais de identificação de todos os beneficiários excluídos durante a vigência do plano odontológico, sendo estes valores repassados integralmente à **ADMINISTRADORA**.

6.1.4. A **ADMINISTRADORA** se obriga, ainda, a não se utilizar de artifícios ilegais, imorais ou em desacordo com as normas e condições do produto comercializado pela **UNIMED ODONTO**, devendo responsabilizar-se, exclusivamente, por quaisquer danos causados a **UNIMED ODONTO**, seus beneficiários e/ou terceiros.

6.1.5. Para inclusão das **EMPRESAS** a **ADMINISTRADORA** deverá observar os parâmetros de aceitação constantes no contrato do plano odontológico coletivo empresarial.

6.1.6. Na eventualidade da **ADMINISTRADORA** realizar qualquer cobrança adicional que incida no valor da mensalidade (contraprestação pecuniária) definida pela **UNIMED ODONTO**, deverá ela (**ADMINISTRADORA**) informar as **Empresas Contratantes** e respectivos beneficiários de forma prévia e expressa, os valores separados que lhe serão cobrados (mensalidade + taxa de





administração), com o intuito de garantir o direito à informação clara e inequívoca prevista no Código de Defesa do Consumidor.

6.1.7. Será de única e exclusiva responsabilidade da ADMINISTRADORA o ressarcimento de prejuízos ocasionados à UNIMED ODONTO, incluindo multas administrativas impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos casos em que o beneficiário não seja informado: (i) do valor efetivo da mensalidade definida pela ADMINSTRADORA; (ii) bem como de eventuais reajustes das mensalidades que sejam praticados pelos índices e parâmetros estabelecidos pela UNIMED ODONTO após negociação.

6.1.8. Caso ocorra utilização indevida do plano odontológico, pela falta de recolhimento do cartão de identificação dos beneficiários excluídos do plano, as partes acordam que os valores correspondentes serão repassados integralmente pela **UNIMED ODONTO à ADMINISTRADORA.**

## 6.2. São obrigações da **UNIMED ODONTO:**

- a) Cobrir, nos termos e condições do Contrato, os serviços de assistência odontológica aos **Beneficiários** dos planos;
- b) Cadastrar os **Beneficiários** informados pela **ADMINISTRADORA** dentro dos prazos estipulados neste instrumento, após o recebimento das informações necessárias, e desde que dentro das condições contratuais;
- c) Enviar para a **ADMINISTRADORA** as **Carteiras de Identificação** dos **Beneficiários.**
- d) A Rede Referenciada estará disponível somente após o recebimento, pelo Beneficiário, do Cartão de Identificação, que será encaminhado no prazo indicado de 15 (quinze) dias.
- e) Proceder a inclusão de recém-nascido, recém-tutelado e recém-casado até 30 dias da data do evento, desde que a **UNIMED ODONTO** tenha sido comunicada dentro deste prazo e tenha recebido as informações necessárias da **ADMINISTRADORA.**
- f) A **UNIMED ODONTO** é responsável pelas autorizações de procedimentos por ela concedidas.

6.2.1. A **UNIMED ODONTO** será responsável pela reparação de eventuais danos, prejuízos e/ou sanções administrativas/judiciais que porventura sejam causados à **ADMINISTRADORA**, em virtude do não cumprimento das obrigações.

6.3. Na hipótese de cancelamento do Contrato ou de sua(s) sub-fatura(s) a pedido da **ADMINISTRADORA**, para fins de sua colocação junto a outra Operadora de Planos de Odontologia, todo o grupo segurado deverá ser transferido à mesma, desobrigando-se

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'J' or 'I'.



a **UNIMED ODONTO** de todo e qualquer custo decorrente de atendimentos, a partir da data de cancelamento do Contrato.

### CLÁUSULA SÉTIMA – VIGÊNCIA E RESCISÃO

7.1. Este instrumento vigorará pelo mesmo prazo de vigência dos Contratos dos planos odontológicos a que ele se refere, sendo rescindidas automaticamente com o fim de vigência, rescisão ou cancelamento das mesmas, mantidas as obrigações aqui convencionadas até sua total implementação.

7.2. No caso de descumprimento de cláusulas deste instrumento, a **PARTE** inocente deverá notificar por escrito a **PARTE** inadimplente para que esta sane, no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir do recebimento da notificação, a infração contratual cometida.

7.3. Na hipótese da **PARTE** inadimplente não sanar o referido inadimplemento contratual, poderá a **PARTE** inocente, a seu exclusivo critério, promover a rescisão do **Contrato**, com efeito imediato, mediante notificação à **PARTE** inadimplente, sem que caiba o pagamento de qualquer indenização, de parte a parte.

7.4. Em caso de inadimplemento por parte do Beneficiário ficará a **ADMINISTRADORA** responsável pelo pedido de exclusão desse Beneficiário, bem como de seus Dependentes, devendo a comunicação (pedido de exclusão) ser realizada até a data limite da movimentação indicada no item 5.3.

7.5. O contrato poderá ser resilido unilateralmente pela **UNIMED ODONTO**, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias:

- a) Além das hipóteses de cancelamento previstas nas Condições Gerais do Plano, o contrato poderá ser cancelado quando o grupo de beneficiários total (somatória das vidas ativas de todos os sub estipulantes) no aniversário do contrato reduzir-se a menos de 30 vidas ativas no plano.
- b) se inexisterem condições mínimas de manutenção, com níveis tão elevados e/ou frequentes, que inviabilize qualquer reajuste na contraprestação pecuniária;
- c) nos casos de não pagamento do acréscimo resultante dos reajustes previstos nas Condições Contratuais.

7.6. No caso de rescisão por inadimplência da **ADMINISTRADORA** e/ou do próprio Beneficiário, a **ADMINISTRADORA** responderá por todas as despesas geradas pelo Beneficiário por eventuais utilizações indevidas durante o período de suspensão, além dos prêmios devidos e outras despesas decorrentes deste Contrato e respectivos acréscimos legais.



7.7. Caso a **ADMINISTRADORA** manifeste intenção de rescindir o presente contrato, antes do término do prazo de vigência contratual, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 40% (quarenta) por cento do valor das mensalidades que seriam devidas até o término da primeira vigência, de acordo com o número de beneficiários inscritos no plano, ressalvado o direito da **UNIMED ODONTO** de exigir complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

7.8. A reabilitação de cobertura não ampara tratamentos ocorridos ou iniciados durante o período de suspensão, mesmo que sejam concluídos após a efetivação dos pagamentos dos prêmios em atraso.

## **CLÁUSULA OITAVA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

8.1. *Autonomia de Disposições.* Se qualquer termo, compromisso, condição ou disposição deste instrumento for considerada ilegal, inválido ou inexecutável, nos termos de qualquer lei atual ou futura ou por qualquer outro motivo, os termos, compromissos, condições ou disposições remanescentes deste Contrato permanecerão em pleno vigor e não serão afetados pela disposição ilegal, inválida ou inexecutável ou por sua supressão.

8.2. *Alterações.* Este Contrato somente poderá ser alterado mediante instrumento escrito assinado pelas **PARTES** ora contratantes.

8.3. *Renúncia.* Nenhuma renúncia por qualquer **PARTE** de qualquer termo ou condição deste instrumento, em uma ou mais ocasiões, será havida por renúncia do mesmo termo ou condição deste Contrato ou de qualquer outro termo ou condição em qualquer ocasião futura.

8.4. *Natureza Vinculativa; Cessão.* Este Contrato, seus termos, avenças, condições, disposições, obrigações, compromissos, direitos e benefícios, inclusive eventuais **Anexos**, vincularão e aproveitarão as **PARTES** e seus respectivos sucessores (por força de lei ou por outra forma) e cessionários autorizados, ficando estabelecido, contudo, que nem este contrato, nem quaisquer dos direitos, interesses ou obrigações aqui previstos serão cedidos por qualquer **PARTE** sem o prévio consentimento escrito das outras partes, exceção feita às Afiliadas das **PARTES**, desde que a **PARTE** que for ceder este contrato comunique previamente à outra **PARTE**.

8.5. *Tolerância.* A tolerância de uma das **PARTES** quanto ao descumprimento de qualquer obrigação pela outra **PARTE** não significará renúncia ao direito de exigir o cumprimento da obrigação, nem perdão, nem alteração do que foi aqui contratado.

9



8.6. *Referências à Legislação.* Referências feitas no presente instrumento a dispositivos legais e regulamentares compreendem todas e quaisquer alterações dos dispositivos objeto da referência até a data de assinatura do presente instrumento.

8.7. *Taxa de Renovação.* Não haverá cobrança de Taxa no ato de renovação anual.

## CLÁUSULA NONA – DO REAJUSTE

9.1. Em estrita conformidade com as condições contratuais dos Planos Odontológicos, poderá haver reajuste por **sinistralidade**, caso seja verificada a necessidade de reequilíbrio técnico-atuarial, para manutenção de patamar máximo de 60% (sessenta por cento) de **sinistralidade, com base nas contraprestações pecuniárias da Tabela**. O índice de reajuste por **sinistralidade** será informado pela **UNIMED ODONTO** à **ADMINISTRADORA**. O reajuste por **sinistralidade** será aplicado de forma complementar e na mesma época do reajuste financeiro, o qual será aplicado na forma constante no Contrato do Plano Odontológico.

9.2. A **ADMINISTRADORA** se compromete em aplicar os reajustes calculados e informados pela **UNIMED ODONTO**, na mesma época e proporção do reajuste da contraprestação pecuniária (**Tabela**), respondendo pela diferença de valor do reajuste que não seja implementado junto aos **Beneficiários**, bem como assumindo o risco de eventual inadimplência dos **Beneficiários**, inclusive com a constituição de ativos garantidores perante ANS, na forma prevista na Instrução Normativa ANS nº 33/2009.

## CLÁUSULA DÉCIMA – DA REMUNERAÇÃO

10.1. A **UNIMED ODONTO** não remunerará a **ADMINISTRADORA**, seja a que título for, em decorrência do contrato, ora firmado, sendo apenas de sua responsabilidade, quando for o caso, o pagamento das comissões ao Corretor instituído pela **ADMINISTRADORA**.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA

11.1. Fica acordada entre as partes, que os empregados, associados ou sócios de cada uma das partes não têm qualquer vínculo empregatício com a outra parte, cabendo a cada um dos signatários deste contrato, a responsabilidade única e exclusiva pelo recolhimento dos encargos trabalhistas e previdenciários dos seus respectivos empregados e/ou terceiros contratados.

11.2. Cada parte assume, neste ato, ampla e irrestrita responsabilidade civil, penal e trabalhistas relacionadas com o objeto do presente contrato, eventualmente propostas por seus empregados em face da outra parte.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'g' or similar character.



11.3. Cada parte concorda e compromete-se a indenizar a outra parte por todos e quaisquer custos incorridos em função de ações civis, penais e trabalhistas eventualmente propostas por seus empregados contra a outra parte, inclusive, mas não restringindo, ao valor da condenação, custas, despesas judiciais e honorários advocatícios.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA SOCIEDADE

12.1. O presente instrumento não implica a constituição de nenhum tipo de sociedade entre a **ADMINISTRADORA** e a **UNIMED ODONTO**.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO USO E DA PROPRIEDADE DA MARCA

13.1. A **ADMINISTRADORA** poderá utilizar materiais publicitários, informativos, folders, formulários, enfim, o nome, logomarca e a marca da **UNIMED ODONTO** para a divulgação dos produtos vinculados ao presente contrato, mediante prévia e expressa autorização da Área de Marketing da **UNIMED ODONTO**.

13.2. A concessão constante no item 13.1 acima, não caracteriza a cessão de qualquer direito à propriedade da marca ou nome comercial da **UNIMED ODONTO**, fato este que a **ADMINISTRADORA** tem pleno conhecimento.

13.3. O presente instrumento não limita, nem tampouco visa limitar o direito da **UNIMED ODONTO** de a qualquer momento alterar o seu nome comercial ou sua marca.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Os termos e disposições deste Contrato, Condições Gerais dos produtos contratados, eventuais Anexos e Aditivos a ele relacionados, constituem-se no único documento regulador da presente relação contratual, prevalecendo sobre quaisquer outros entendimentos ou acordos, tácitos ou expressos, anteriores entre as partes que trate do mesmo objeto aqui especificado.

14.2. Os títulos das cláusulas não modificam, restringem ou ampliam o seu conteúdo, para efeitos de sua interpretação.

14.3. A **ADMINISTRADORA** declara e garante a **UNIMED ODONTO** que está devidamente habilitada, legal e tecnicamente, a firmar e executar o presente contrato e que o(s) signatário(s) está (ão) investido(s) de poderes para tanto.

14.4. A **ADMINISTRADORA** reconhece que em nenhuma hipótese poderá agir ou ser considerada como agente ou representante da **UNIMED ODONTO** em suas

A handwritten signature in blue ink, likely of the representative of the ADMINISTRADORA.



negociações com qualquer pessoa, física ou jurídica, bem como não ter poderes para agir em nome desta.

14.5. A **UNIMED ODONTO** não garantirá coberturas que não foram contratadas ou que não tenham sido por ela previamente e expressamente autorizadas, não respondendo em hipótese nenhuma, por indenizações ou prejuízos que o terceiro contratado diretamente, possa causar ao segurado, seja a que título for.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – LEI APLICÁVEL E FORO

15.1. *Lei Aplicável.* Este instrumento é regido e interpretado de acordo com as leis da República Federativa do Brasil.

15.2. *Resolução de Controvérsias.* Quaisquer controvérsias decorrentes de ou relativos a este instrumento deverão ser notificados por uma **PARTE** à outra e as **PARTES** envidarão seus melhores esforços para dirimi-los de modo amigável por meio de negociações diretas mantidas de boa-fé, em prazo não superior a 90 (noventa) dias corridos contados da data do recebimento da notificação aqui mencionada.

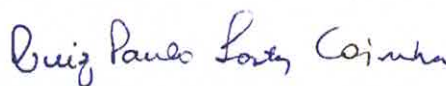
15.3. Fica eleito o foro da Comarca de São Paulo para dirimir quaisquer dúvidas que possam surgir do presente contrato, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem justas e acordadas firmam o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Brasília, 28 de agosto de 2019.



**Helton Freitas**  
Diretor Presidente



**Luiz Paulo Tostes Coimbra**  
Diretor Comercial e Marketing

**UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A.**



**ELO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**

Testemunhas:

1)

2)

Nome:

CPF:

Nome:

CPF: