uniodonto Paulista
ANS Nº 361593

AESSP

TERMO DE ADESÃO AO BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO UNIODONTO PAULISTA
Para aderir ao plano odontológico é obrigatório que o solicitante seja associado(a) AESSP

( ) Termo de adesão ( ) Alteração de plano ( ) Inclusão Dependente
( ) Exclusão Dependente ( ) Exclusão Total

Dados Pessoais do Titular (preencher em letra de forma, sem rasuras e legível) **NIF:** _____

Nome completo sem abreviação: _____

CPF: _____ RG: _____ Data Nascimento: _____/_____/_____

Endereço residencial: _____ nº _____

complemento: _____ CEP: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ estado civil: _____

CAT - Lotação: _____ Data admissão: _____/_____/_____

Celular: (_____) _____ Telefone Res ou Coml: (_____) _____

e-mail: _____ Sexo ( ) F ( ) M

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

ASSINALE O PLANO DESEJADO - A opção escolhida será válida para todos os dependentes			
	PLANOS	VALOR POR PESSOA	Consulte a cobertura completa do seu plano clicando no QR Code abaixo:
☐	**BRONZE**	**R$ 25,26**	
☐	**PRATA**	**R$ 71,32**	
☐	**OURO**	**R$ 121,85**	

VIGÊNCIA: O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12(doze) meses, não podendo ser cancelado antes deste período. Após o término da vigência inicial, será renovado automaticamente por prazo indeterminado.

Dados Pessoais do Dependente - Parentesco _____

Nome completo sem abreviatura: _____

Sexo: ( ) F ( ) M Data nascimento: _____/_____/_____ estado civil: _____

RG _____ CPF _____

Dados Pessoais do Dependente - Parentesco _____

Nome completo sem abreviatura: _____

Sexo: ( ) F ( ) M Data nascimento: _____/_____/_____ estado civil: _____

RG _____ CPF _____

Dados Pessoais do Dependente - Parentesco _____

Nome completo sem abreviatura: _____

Sexo: ( ) F ( ) M Data nascimento: _____/_____/_____ estado civil: _____

RG _____ CPF _____

Resumo das principais cláusulas do Contrato:

I. Valores: Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação Índice de Preços ao Consumidor do Setor Saúde, da Fundação Instituto e Pesquisas Econômicas (IPC-Saúde/FIPE). Independente do reajuste, as partes poderão, a cada doze meses, repactuar os preços ajustados visando manter o equilíbrio econômico do contrato.

II. Atendimento Nacional: Para o atendimento, o Beneficiário escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede UNIODONTO, marcando dia e hora para consulta. O cirurgião-dentista lavrará plano de tratamento dos atos odontológicos que deverá ser aprovado pela UNIODONTO antes de sua execução, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato. Aprovada a realização do tratamento, sua execução deverá ser agendada pelo beneficiário diretamente com o cirurgião-dentista que a propôs. A UNIODONTO, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

III. Reembolso: A UNIODONTO assegurará o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, nos casos exclusivos de urgência/emergência (considera-se fora do horário comercial, quando não há atendimento em clínicas 24 horas ou aos finais de semana), quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas.

Procedimento	Valor
Colagem de fragmentos	R$ 50,00
Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial	R$ 50,00
Curativo em caso de odontalgia agudo/pulpectomia/necrose	R$ 50,00
Imobilização dentária temporária	R$ 50,00
Incisão e drenagem de abcesso extra-oral	R$ 50,00
Incisão e drenagem de abscesso intra-otal	R$ 50,00
Recimentação de trabvalho protético	R$ 50,00
Reimplante de dente avulsionado	R$ 50,00
Tratamento de Alveolite	R$ 50,00

IV. Condições de Admissão: Podem ser inscritos como beneficiários dependentes as pessoas que façam parte do grupo familiar do beneficiário titular, conforme descrito no estatuto da associação. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular. A exclusão do Titular acarreta a automática exclusão dos seus dependentes.

FUNCIONÁRIO ATIVO - AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Plano escolhido: ○ R$ 25,26 - Bronze ○ R$ 71,32 - Prata ○ R$ 121,85 - Ouro

Nome: _____ NIF: _____ CPF: _____

Autorizo o desconto do valor referente ao Plano Odontológico por mim optado, em minha folha de pagamento, de acordo com o número de dependentes. A exclusão do Titular ou dependentes ocorrerá somente após a permanência mínima de 12 meses.

_____, _____ de _____ de 20____. _____

Assinatura Funcionário

Obs: Enviar a ficha de adesão e inclusão de dependente até o dia 05 de cada mês. Após essa data o cadastro será feito no mês subsequente. Os pedidos de alteração de plano ou exclusão, serão submetidos à análise da UNIODONTO e somente serão aceitos até o dia 25 de cada mês, para que a nova categoria passe a vigorar no mês seguinte. Solicitações realizadas após essa data terão a nova categoria vigente apenas no segundo mês subsequente ao pedido.

EX-FUNCIONÁRIOS OU AGREGADOS

☐ Estou ciente de que a exclusão ocorrerá somente após a permanência mínima de 12 meses.

☐ Comprometo-me a efetuar os pagamentos das mensalidades mediante transferência bancária ou PIX, respeitando a data de vencimento do mesmo e enviando o comprovante de pagamento em PDF por e-mail.

_____, _____ de _____ de 20____. _____

Assinatura Ex- Funcionário ou Agregado