

A Unimed Odonto tem as melhores opções de planos odontológicos para você e sua família!



Essencial

UNIMED ODONTO ADESÃO ESSENCIAL (SEM REEMBOLSO SEM COPART) - Nº REGISTRO ANS 465.928/11-7

Rol ANS vigente

- Urgências e emergências (Curativos, reparos e alívio da dor)
- Cirurgias (Extrações simples e tratamentos cirúrgicos da região bucal em consultório)
- Dentística (Restaurações)
- Diagnóstico (Consulta Inicial)
- Endodontia (Tratamento de Canal)
- Odontopediatria (Tratamento para crianças até 14 anos)
- Periodontia (Tratamento da Gengiva)
- Prevenção (Orientação, polimento e aplicação de flúor e selantes)
- Prótese (Coroa unitária provisória e total - metálica e cerômero para dentes anteriores; Núcleo metálico fundido e demais procedimentos garantidos pelo Rol ANS)
- Radiologia (Radiografias)

Essencial Plus

UNIMED ADESÃO ESSENCIAL PLUS S/ REEMBOLSO S/ COPARTICIPAÇÃO - Nº REGISTRO ANS 469.840/13-1

Rol Ampliado (Rol ANS + Procedimentos Complementares)

Todos os procedimentos do plano Essencial e mais:

- Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
- Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
- Mantenedor de espaço fixo
- Mantenedor de espaço removível
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- Mais 10 procedimentos

Essencial Plus Doc

UNIMED ADESÃO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REE. SEM COPARTICIPAÇÃO - Nº REGISTRO ANS 469.831/13-2

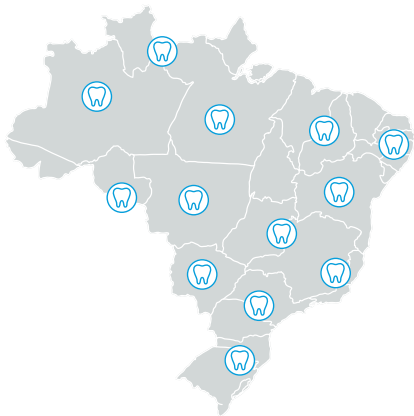
Rol Ampliado + Documentação Ortodôntica

Todos os procedimentos do plano Essencial e mais:

- Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
- Clareamento de dente desvitalizado
- Mantenedor de espaço fixo
- Mantenedor de espaço removível
- Documentação ortodôntica
- Mais 23 procedimentos

Abrangência

Ampla rede credenciada com abrangência nacional.



Carências

Os associados terão, excepcionalmente, 60 dias para aderir ao plano sem carência, a partir da data de sua filiação à ANSERJUFE. Caso a adesão seja efetuada após este período, as carências se darão conforme tabela abaixo:

PROCEDIMENTO	PRAZO
Urgência	24h
Diagnóstico	24h
Prevenção	60 dias
Radiologia	60 dias
Dentística	60 dias
Cirurgia	60 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	90 dias
Próteses	180 dias
Demais procedimentos	180 dias

Tabela de Preços

Essencial **R\$ 15,08**

Essencial Plus **R\$ 15,83**

Essencial Plus Doc **R\$ 18,41**

Aproveite as condições especiais para associados **ANSERJUFE**. Escolha o plano que mais se adequa às suas necessidades e contrate já o seu!

ANS - Nº 41.680-1

ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO



DADOS DA CONTRATANTE

Contratante	Contrato
-------------	----------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo		Data de Nascimento	
/ /		/ /	
CPF	RG	Estado Civil	Sexo
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data de Inclusão	Data de Admissão	Matrícula	PIS/PASEP
/ /	/ /		
CNS (Carteira Nacional de Saúde)			
Endereço Residencial			
Bairro		CEP	Cidade
			Estado
Nome da Mãe			Portabilidade de Carências
			<input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º
Telefone	Celular	SMS	E-mail
()	()	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

Plano contratado (observar o nome comercial e o número de registro do produto perante a ANS conforme no contrato)

ESSENCIAL ESSENCIAL PLUS ESSENCIAL PLUS DOC

DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS

02 ESPOSA(O) | 03 FILHO(A) | 04 AGREGADO | 05 MÃE | 06 COMPANHEIRO(A) | 07 GENRO / NORA | 08 AVÔ / AVÓ | 09 NETO(A) | 10 SOGRO(A) | 11 SOBRINHO(A) | 13 PAI | 14 ENTEADO(A) | 15 EX-CÔNJUGE | 16 TUTELADO | 17 FILHO(A) UNIVERSITÁRIO(A) | 18 IRMÃO(A) | 19 FILHO(A) INVÁLIDO(A) | 20 CURATELA

Nome do Dependente		CPF	
1 Nome da Mãe		Data de nascimento	Sexo
/ /		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco	
2 Nome do Dependente		CPF	
Nome da Mãe		Data de nascimento	Sexo
/ /		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco	
3 Nome do Dependente		CPF	
Nome da Mãe		Data de nascimento	Sexo
/ /		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco	
4 Nome do Dependente		CPF	
Nome da Mãe		Data de nascimento	Sexo
/ /		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco	

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE BENEFICIÁRIO TITULAR

Eu _____ associado(a) à ANSERJUFE, matrícula nº _____, órgão _____, autorizo o desconto na folha de pagamento do meu salário mensal o(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) agregado(s) acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A., operadora de planos privados de assistência odontológica com sede à Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – 4º andar - Cerqueira César- São Paulo/SP - CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 10.414.182/0001-09 registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o n.º 416801, de acordo com as condições estabelecidas entre a Anserjufe e a UNIMED ODONTO, no valor total de R\$ _____.

1. Declara que todas as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas e que não foram omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da referida proposta ou no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade);
2. Declara que está ciente e de acordo que o Guia de Leitura Contratual (GLC) está disponível no site www.unimedodontos.com.br;
3. Declara que recebeu, leu e compreendeu as Condições Gerais do Contrato de Assistência Odontológica;
4. Autoriza a Operadora a solicitar a qualquer tempo, informações necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relacione com suas Condições de Saúde Bucal e de seus dependentes, se houver;
5. Declara que deverá fornecer, em até 5 (cinco) dias, sempre que solicitado pela Operadora, cópias dos documentos que comprovem a veracidade das informações anteriormente prestadas e/ou outras que se fizerem necessárias, por força da legislação vigente, sobre si e/ou seus dependentes, bem como compromete -se a manter atualizado seus dados cadastrais;

6. Autoriza a Operadora a renovar automaticamente o plano odontológico juntamente com o grupo familiar, caso não haja manifestação, por escrito, das partes em sentido contrário até 30 (trinta) dias antecedente ao vencimento do Contrato;
7. Declara estar ciente que obrigatoriamente meu grupo familiar estará vinculado ao mesmo plano odontológico por mim contratado;
8. Está ciente que o valor da mensalidade individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência Odontológica, celebrado entre a associação e a UNIMED ODONTO S.A.;
9. Declara ter ciência de que o Rol de Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br.

Sem mais, subscrevo-me

_____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR