

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



## Essencial

UNIMED ODONTO ADESÃO ESSENCIAL (SEM REEMB SEM COPART) - N° REGISTRO ANS 465.928/11-7

Coberturas do Rol ANS vigente

- Urgências (Curativos, reparos e alívio da dor)
- Cirurgias (Extrações simples e tratamentos cirúrgicos da região buco-maxilo-facial 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 provisória e total - metálica e cerâmico para dentes anteriores; Núcleo metálico fundido; Coroa provisória e demais procedimentos garantidos pelo Rol ANS)
- Radiologia (Radiografias)

## Essencial Plus

UNIMED ADESÃO ESSENCIAL PLUS S/ REEMBOLSO S/ COPARTICIPACÃO - N° REGISTRO ANS 469.840/13-1

Rol Ampliado (Rol ANS + Procedimentos Complementares)

- Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
- Clareamento de dente desvitalizado
- Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
- Documentação Periodontal
- Enxerto conjuntivo subepitelial
- Mantenedor de espaço fixo
- Mantenedor de espaço removível
- Manutenção periodontal
- Panorâmica especial para ATM
- Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (Ortopantomografia) com traçado cefalométrico
- Redução de tuberosidade
- Remoção de corpo estranho no seio maxilar
- Técnica de localização radiográfica
- Telerradiografia
- Telerradiografia com traçado cefalométrico
- Teste de capacidade tampão da saliva
- Teste de contagem microbiológica
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica

## Essencial Plus Doc

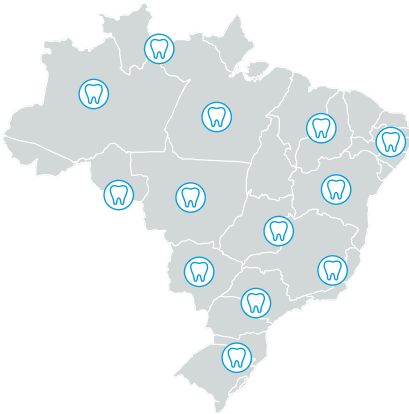
UNIMED ADESÃO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REE. SEM COPARTICIPACÃO - N° REGISTRO ANS 469.831/13-2

Rol Ampliado + Documentação Ortodôntica

- Discrepância de modelos
- Documentação ortodôntica básica
- Documentação ortodôntica completa
- Documentação ortodôntica de controle
- Documentação ortodôntica especial
- Documentação ortopédica completa
- Fotografia
- Modelos de trabalho
- Modelos ortodônticos
- Panorâmica + modelos ortodônticos
- Slide
- Traçado cefalométrico

## 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\$ 13,11**

Essencial Plus **R\$ 13,75**

Essencial Plus Doc **R\$ 16,00**

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

Permanência mínima - O beneficiário deverá permanecer por um período mínimo de 12 (doze) meses no contrato. Caso solicite cancelamento antes deste período, haverá cobrança de multa - 100% (cem por cento) das mensalidades que seriam devidas até completar o período mencionado.

Unimed Saúde e Odonto S.A. - CNPJ/MF: 10.414.182/0001-09  
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo - SP  
Atendimento Nacional: 0800 9 428 428 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611  
Ouvidoria: acesse nosso site ou ligue 0800 001 2565 | Unimed Odonto CRO/SP nº 13666  
RT: Marcio Mitsuo Ohashi - CRO/SP nº 66050 | www.unimedodontos.com.br



# ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO



### DADOS DA EMPRESA

Razão Social ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DO JUDICIÁRIO FEDERAL E ESTADUAL E DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO E DOS ESTADOS

UNIDADE \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME COMPLETO ASSOCIADO:

\_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CNS (CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE) \_\_\_\_\_ MATRÍCULA DO ASSOCIADO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: \_\_\_\_\_ TELEFONE COMERCIAL: \_\_\_\_\_ SEXO  M  F

NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

### PLANOS

- ESSENCIAL - UNIMED ODONTO ADESÃO ESSENCIAL (SEM REEMB SEM COPART) - N° REGISTRO ANS 465.928/11-7
- ESSENCIAL PLUS - UNIMED ADESÃO ESSENCIAL PLUS S/ REEMBOLSO S/ COPARTICIPAÇÃO - N° REGISTRO ANS 469.840/13-1
- ESSENCIAL PLUS DOC - UNIMED ADESÃO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REE. SEM COPARTICIPAÇÃO - N° REGISTRO ANS 469.831/13-2

### INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES / AGREGADOS

NOME COMPLETO DEPENDENTE / AGREGADO:

1. RG \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ SEXO  M  F  
CNS (CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE) \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
PARENTESCO \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DEPENDENTE / AGREGADO:

2. RG \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ SEXO  M  F  
CNS (CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE) \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
PARENTESCO \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DEPENDENTE / AGREGADO:

3. RG \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ SEXO  M  F  
CNS (CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE) \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
PARENTESCO \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

### 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) agregados 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° 10.414.182/0001-09 registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o n° 416801, de acordo com as condições estabelecidas entre a Anserjufe e a UNIMED ODONTO, no valor total de R\$ \_\_\_\_\_.

- Declaro 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);
- Declaro que estou ciente e de acordo que o Guia de Leitura Contratual (GLC) está disponível no site [www.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br);
- Declaro que recebi, li e compreendi as Condições Gerais do Contrato de Assistência Odontológica;
- Autorizo 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;
- Declaro que deverei 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 comprometo-me a manter atualizado seus dados cadastrais;
- Autorizo 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;
- Declaro estar ciente que obrigatoriamente meu grupo familiar estará vinculado ao mesmo plano odontológico por mim contratado;
- 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.;
- Está ciente que para solicitar o pedido de exclusão do Plano Odontológico, deverá permanecer por um período mínimo de 12 (doze) meses no contrato, juntamente com o grupo familiar, e que ao solicitar o cancelamento antes do período de 12 (doze) meses, haverá cobrança de 100% (cem por cento) das mensalidades que seriam devidas até completar o período mencionado. Caso o prejuízo suportado (utilização) seja superior ao valor da multa acima especificada, haverá cobrança complementar do valor, conforme estipulado no parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente;
- Declaro 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](http://www.ans.gov.br).

Sem mais, subscrevo-me

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

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR