

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



Essencial

UNIMED ODONTO ADESÃO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO - 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)
- Periodontia (tratamento da gengiva)

- Odontopediatria (tratamento para crianças até quatorze anos)
- Prevenção (orientação, polimento e aplicação de flúor e selantes)
- Prótese (coroa unitária provisória e definitiva, metálica para dentes posteriores e cerômero para dentes anteriores; núcleo metálico fundido e demais procedimentos garantidos pelo Rol ANS)
- Radiologia (raios X periapical, oclusal, interproximal e panorâmica)

Essencial Plus

UNIMED ADESÃO ESSENCIAL PLUS SEM REEMBOLSO E SEM 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 dez procedimentos

Essencial Plus Doc

UNIMED ADESÃO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REEMBOLSO E SEM COPARTICIPAÇÃO - Nº REGISTRO ANS 469.831/13-2

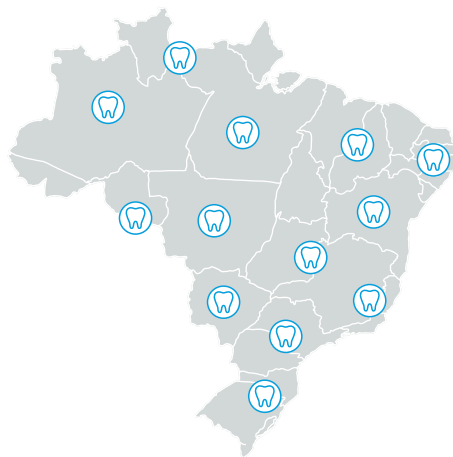
Rol Ampliado + Documentação Ortodôntica

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 vinte e três procedimentos

Abrangência

Ampla rede credenciada com abrangência nacional.



Faça a adesão **sem carência**

Aproveite mais este benefício da nossa campanha. Adquirir qualquer um dos planos e não se preocupe com as carências!

Tabela de preços (válida até março/2024, valores por pessoa/mês)

Essencial **R\$ 18,60**

Essencial Plus **R\$ 19,52**

Essencial Plus Doc **R\$ 22,71**

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		
Nome do Dependente			CPF		
2	Nome da Mãe		Data de nascimento	Sexo	
			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco		
Nome do Dependente			CPF		
3	Nome da Mãe		Data de nascimento	Sexo	
			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco		
Nome do Dependente			CPF		
4	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) dependente(s) e agregado(s) acima identificado(s), 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