

# TERMO DE ADESÃO AO BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO

uniodonto  **AESSP**  
Paulista Associação dos Proprietários e Participantes do ABOD da cidade de São Paulo

**ANS Nº 361593**

( ) Termo de Adesão ( ) Alteração ( ) Inclusão/Dependente  
( ) Exclusão/Dependente ( ) Exclusão Total

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS DO TITULAR

A partir de 10/11, é obrigado constar o nº do cartão do SUS (Titular / Dependente)

Sexo:  M  F

Preencher em letra de forma, sem rasuras e de forma legível. Na falta de alguma informação a inclusão não será processada e a ficha devolvida.

Nome do Titular (sem abreviação): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ CAT (Lotação): \_\_\_\_\_ Data Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Para aderir ao Plano Odontológico é obrigatório que o solicitante seja associado(a) a AESSP.**

## DADOS PESSOAIS REFERENTE AO DEPENDENTE AGREGADO

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS REFERENTE AO DEPENDENTE AGREGADO

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS REFERENTE AO DEPENDENTE AGREGADO

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

## ASSINALE O PLANO DESEJADO

(Escolha com atenção para que não haja mudanças posteriores, opção assinalada é válida para dependentes e agregados)

PLANOS	COBERTURA	VALOR POR PESSOA
<input type="radio"/> <b>BRONZE</b> (Individual) <input type="radio"/> TITULAR <input type="radio"/> DEPENDENTE	<b>Básica:</b> Consultas, Urgência, Emergência, Radiologia, Exames de Laboratório, Prevenção Orientação de Higiene Bucal, Odontopediatria, Dentística, Endodontia, Periodontia, Prótese e Cirurgia (ROL de Procedimentos da ANS).	<b>R\$ 22,35</b>
<input type="radio"/> *PRATA	<b>Básica + Prótese</b> (Conforme tabela AESSP)	<b>R\$ 63,12</b>
<input type="radio"/> *OURO	<b>Básica + Prótese + Ortodontia</b> (Conforme tabela AESSP)	<b>R\$ 107,84</b>

\*PLANOS PRATA E OURO OBRIGATÓRIO INCLUSÃO DO GRUPO FAMILIAR.

## Resumo das principais cláusulas do contrato

**A íntegra do documento encontra-se a disposição na secretaria da AESSP**

Registro de Operadora **ANS nº 361593**

- Valores:** Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação Índice de Preços ao Consumidor do Setor Saúde, da Fundação Instituto de 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.
- 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

III. **Reembolso:** A UNIODONTO assegurará o reembolso, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, nos casos exclusivos de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas.

Procedimento	Valor
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
Recimentação de trabalho protético	R\$ 50,00
Tratamento de Alveolite	R\$ 50,00
Colagem de fragmentos	R\$ 50,00
Incisão e drenagem de abscesso extra-oral	R\$ 50,00
Incisão e drenagem de abscesso intra-oral	R\$ 50,00
Reimplante de dente avulsionado	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. Para os Planos Prata e Ouro, o plano para benefício dos dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito. A exclusão do Titular acarreta a automática exclusão dos seus dependentes.

V. **Exclusão de Cobertura:** Não estão cobertos pelo plano: a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar; b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, inclusive a especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maximo-facial e a estrutura hospitalar necessária à exceção dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais; d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental; e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; g) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados; h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas; i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência; j) os serviços não constantes da cobertura ou do ROL de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar; k) procedimentos com finalidade estética; l) a reposição de peças ortodônticas e a troca de aparelho ortodôntico em decorrência de perda ou quebra, exceto por defeito de fabricação; m) a re-implantação e a retirada de aparelhos ortodônticos sem indicação clínica do cirurgião-dentista assistente; o) o fornecimento de aparelhos não previstos como cobertos neste contrato, em especial: de ortodontia lingual, aparelhos "transparentes", entre os quais *Invisalign* e qualquer aparelho confeccionado em cerâmica, cerâmica pura, cerâmica com policarbonato, fibra de vidro e porcelana, aparelhos com *bracket* colados na face palatina/lingual, aparelhos auto-ligantes, aparelhos esteticamente vantajosos cuja substituição por outros, com menores benefícios estéticos, não interfira nos resultados clínicos do tratamento.

VI. **Vigência:** O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, renovado automaticamente, por prazo indeterminado.

#### AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO / DESCONTO EM FOLHA

Plano escolhido (Repetir valor optado):  R\$22,35 (BRONZE)  R\$63,12 (PRATA)  R\$107,84 (OURO)

Nome: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Autorizo o desconto do valor referente ao Plano por mim optado em minha folha de pagamento, de acordo com o número de dependentes e agregados.

A EXCLUSÃO DO TITULAR OU DEPENDENTES E AGREGADOS SOMENTE OCORRERÁ APÓS PERMANÊNCIA MÍNIMA DE 12 MESES.

#### EX-FUNCIONÁRIOS, APOSENTADOS E EX-DEPENDENTES

Estou ciente que a exclusão somente ocorrerá APÓS PERMANÊNCIA MÍNIMA DE 12 MESES

Comprometo-me a efetuar os pagamentos das mensalidades mediante Boleto Bancário respeitando a data de vencimento do mesmo.

Comprometo-me a depositar os pagamentos das mensalidades na Conta Bancária da AESSP respeitando as datas de vencimento.

E assim quando o fizer, encaminhar a cópia do comprovante de pagamento.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

**ENVIAR FICHA DE ADESÃO /INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE DEPENDENTE ATÉ O DIA 05 DE CADA MÊS, APÓS ESSA DATA O CADASTRO SERÁ FEITO NO MÊS SUBSEQUENTE ALTERAÇÃO DE PLANO ATÉ O DIA 25 DE CADA MÊS.**