

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\$ 24,24	
☐	PRATA	R\$ 68,45	
☐	OURO	R\$ 116,95	

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 abscesso extra-oral	R\$ 50,00
Incisão e drenagem de abscesso intra-oral	R\$ 50,00
Recimentação de trabalho 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\$ 24,24 - Bronze ☐ R\$ 68,45 - Prata ☐ R\$ 116,95 - 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