

TERMO DE ADESÃO AO PLANO MISTO

DIREITOS DOS ASSOCIADOS DO PLANO ODONTOLÓGICO. UNIODONTO/RS

Procedimentos cobertos em Pré-Pagamento: DIAGNÓSTICO - EXAME CLÍNICO, PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL, CIRURGIA, URGÊNCIAS, em conformidade com a Lei nº9.656/98, na condição de associado a Mútua/RS, bem como os dependentes por mim indicados, poderemos usufruir a cobertura odontológica conforme rol de procedimentos odontológicos determinados pela ANS – Agencia Nacional de Saúde Suplementar e convênio complementar em ortodontia.

Procedimentos não cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento) serão cobertos pelo regime de pós-pagamento, podendo o usuário utilizar a rede cooperada de cirurgiões-dentistas mediante o pagamento integral de cada ato utilizado, diretamente à Operadora, nos valores descritos na tabela referencial que segue em anexo.

Carência do Associados Titulares e Dependentes: Estão previstas carências conforme anexo contratual, o qual tomei ciência ao ler o contrato celebrado entre a Uniodonto/RS – Federação e a Mutua de Assistência dos Profissionais do CREA/RS.

Desligamento por solicitação: Durante o período de vigência do contrato, não poderá o beneficiário ou o beneficiário dependente ser excluído, salvo se o beneficiário e beneficiários dependentes estejam cadastrados pelo prazo de 30 meses a contar da data de sua inscrição.

OBRIGAÇÕES DOS ASSOCIADOS DO PLANO ODONTOLÓGICO

Mensalidade: obriga-se o beneficiário a pagar a contratada, no ato da assinatura deste instrumento; uma taxa de inscrição no valor de R\$8,90 (oito reais e noventa centavos) e a primeira mensalidade no valor de R\$ 8,90 (oito reais e noventa centavos) por usuário inscrito no plano.

O usuário poderá optar pela forma de pagamento:

bloqueto bancário, será acrescido a tarifa bancária no valor de R\$2,80

débito em conta, será acrescido a tarifa bancária no valor de R\$1,50, por débito efetuado ou não.

Ortodontia opcional: Sem custo do aparelho, com manutenção no valor de R\$99,00 mensais. (Não incluído documentações ortodônticas).

Reajuste: Os valores das mensalidades, bem como todos os valores fixos, serão reajustados em cada período de 12 meses a contar da data da assinatura do contrato, existente com a Mutua/RS, com base no IGPM acumulado do período.

Carteira de identificação: é documento pessoal e intransferível. A utilização indevida da mesma, será de inteira responsabilidade do associado titular, cabendo a este todo e qualquer ônus decorrente da referida utilização.

Extravio da carteira de identificação: A solicitação de 2ª via da carteira de identificação junto ao plano odontológico será cobrada a importância de R\$ 8,90 (oito reais e noventa centavos) previamente estipulado no valor atualizado de uma taxa de inscrição.

No caso de rescisão deste convênio o USUÁRIO se obriga devolver o **Cartão Uniodonto** que até aquela data vigorava. Quando ocorrer extravio do Cartão Uniodonto o USUÁRIO deverá comunicar à UNIODONTO, por escrito, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

Se a comunicação de extravio do **Cartão Uniodonto** não for efetuada, e pessoas estranhas ao convênio se utilizarem dele, a responsabilidade será atribuída ao USUÁRIO, que arcará com prejuízos e despesas causados, além de possibilitar a rescisão incontinentem do presente convênio.

Declaro estar ciente que o plano Odontológico é disponibilizado pela MÚTUA- CAIXA DE ASSISTENCIA DOS PROFISSIONAIS DO CREA-RS firmado com a UNIODONTO/RS - FEDERAÇÃO, cujo o Nº de Contrato no cadastro da Uniodonto é o 1016, aos seus associados, sendo esta condição necessária para minha inscrição no mesmo.

Assinatura do Associado Titular

Data e Local



SOLICITAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO UNIODONTO

Eu, _____ Data de Nascimento : _____
 Nome da Mãe _____ RG _____
 Estado Civil: _____ Sexo: () Masc. () Fem. E-mail: _____
 CPF: _____ Endereço: _____
 nº: _____ Cidade: _____ Bairro _____ Cep: _____
 _Fones Res: _____ Comercial: _____ Cel: _____

Anexar aos documentos: Cópia da Carteira do Crea/RS

Venho por meio deste, solicitar minha inscrição na condição de Associado Titular, bem como de meus dependentes abaixo identificados, para a utilização do PLANO ODONTOLÓGICO disponibilizado pela **UNIODONTO**, em conformidade com a cobertura (Módulo Odontológico Lei nº9.656/98).

DECLARO estar ciente que o custo relativo a minha participação na mensalidade, bem como aquele decorrente da inscrição dos dependentes abaixo indicados, serão de minha inteira responsabilidade.

Desde ja me responsabilizo pelo **pagamento das mensalidades** acima referidas no termo de adesão:
 () **Cobrança bancária - Boleto** () **Débito na minha conta corrente**

Declaro estar ciente dos critérios de cobertura, direitos e obrigações decorrentes de minha inscrição ao plano Odontológico, constantes no termo de adesão do usuário.

Informo abaixo, nome, Sexo, data de nascimento e grau de parentesco de meus dependentes:

Nome	Sexo	Nascimento	Grau de Parentesco	CPF
_____	_____	____/____/____	_____	____.____.____-
_____	_____	____/____/____	_____	____.____.____-
_____	_____	____/____/____	_____	____.____.____-
_____	_____	____/____/____	_____	____.____.____-

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Titular



UNIODONTO/RS

FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS DO RGS



Autorização para débito automático em conta corrente – BANCO DO BRASIL

Autorizo o Banco do Brasil S. A. a debitar em minha conta corrente o valor correspondente à quitação dos compromissos firmados com a Uniodonto/RS-Federação .

Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco do Brasil S. A. isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data do vencimento.

Estou ciente de que, caso não conste na conta de consumo a expressão “Débito em conta – não receber no caixa”, esta poderá ser quitada em qualquer terminal de auto-atendimento BB. Nesse caso, procure sua agência para esclarecimentos.

Em caso de dúvida ou reclamação sobre datas de vencimentos e/ou valores, devo solicitar esclarecimento diretamente a empresa credora.

O Banco do Brasil S. A. se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.
Cadastramento:

Nº da agência	nº da conta corrente	CPF	Telefone p/ contato
---------------	----------------------	-----	---------------------

(Nome completo (sem abreviações)

(Assinatura)

Autorização/cancelamento para débito automático em conta corrente – BANCO BANRISUL

Autorizo o Banco do Estado do Rio Grande do Sul S. A. , a partir desta data, a debitar automaticamente, na conta corrente de minha titularidade, abaixo referida, os valores para pagamento das contas da **UNIODONTO** aqui mencionadas, nos dias de seus respectivos vencimentos, por minha conta, ordem e risco, ficando o Banrisul exonerado de qualquer responsabilidade pela não realização desses pagamentos sempre que :

- A conta corrente aqui referida não apresentar saldo disponível suficiente na data do pagamento.
- Houver o cancelamento do convênio celebrado entre o Banrisul e a empresa credora das respectivas contas .

Esta autorização ficará automaticamente cancelada quando a conta corrente para débito for encerrada ou a qualquer tempo, mediante cancelamento neste mesmo formulário, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Cadastramento:

Nº da agência	nº da conta corrente	CPF	Telefone p/ contato
---------------	----------------------	-----	---------------------

(Nome completo (sem abreviações)

(Assinatura)

Autorização para débito em conta de convênio - BANCO SICREDI

Autorizo a UNIODONTO/RS FEDERAÇÃO a debitar em minha conta de depósitos junto ao Sicredi, o(s) valor(s) correspondente a Convênio Odontológico UNIODONTO, R\$_____ (valor por extenso).

Esta autorização possui prazo de validade indeterminado, sendo que o cancelamento do débito deverá ser solicitado diretamente a Uniodonto/RS Federação.

DADOS PARA DÉBITO EM CONTA NO SICREDI:

COOPERATIVA nº: _____

CONTA nº: _____

NOME: _____

Assinatura: _____

Data: _____

COBERTURAS E PROCEDIMENTO GARANTIDOS

Resolução Normativa – RN nº 59 Plano Misto

A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos previsto na Resolução Normativa – RN nº 9, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, publicada no Diário Oficial da União de 27 de junho de 2002.

Estão cobertos pelo pagamento fixo mensal (pré-pagamento), em conformidade com a Resolução Normativa – RN nº 59, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, os seguintes atos odontológicos:

	TABELA DE ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	Plano Misto
CÓDIGO	CODIGOS / DESCRIÇÃO	Carência/Sem Custos
100-190	CONSULTAS EXAMES CLINICOS / URGÊNCIAS	24hs
110	consulta inicial e plano de tratamento	24hs
	urgência /emergência: noturna, sábado, domingo ou feriado (incluído procedimentos abaixo).	24hs
111	curativo em caso de hemorragia bucal	24hs
112	curativo em caso de odontalgia aguda pulpectomia/necrose	24hs
113	imobilização dentária temporária	24hs
114	recimentação de peça protética	24hs
115	tratamento de alveolite	24hs
116	colagem de fragmentos	24hs
117	incisão e drenagem de abscesso extra oral	24hs
118	incisão e drenagem de abscesso intra-oral	24hs
119	reimplante de dente avulsionado (POR ELEMENTO)	24hs
530	aplicação tópica de flúor	24hs
540	evidenciação de placa bacteriana (por sessão) (apenas 1 por tratamento)	24hs
	urgência/emergência horário normal (procedimento abaixo)	Carência/Sem custos
121	curativo em caso de hemorragia bucal	24hs
122	curativo em caso de odontalgia (dor) aguda /pulpectomia/necrose	24hs
123	imobilização dentária temporária	24hs
124	recimentação de peça protética	24hs
125	tratamento de alveolite	24hs
126	colagem de fragmentos	24hs
127	incisão e drenagem de abscesso extra oral	24hs
128	incisão e drenagem de abscesso intra-oral	24hs
129	reimplante de dente avulsionado (POR ELEMENTO)	24hs
	CIRURGIA (procedimentos não exigidos pela Resolução nº 59 da ANS e oferecidos pela Uniodonto/RS Federação como fidelização aos associados a Mutua)	
5040	alveoloplastia	120 dias
5050	ulotomia	120 dias
5060	biópsia (retirada do tecido p/ exame)	120 dias

**UNIODONTO/RS**

FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS DO RGS



5070	sulcoplastia e ou reconstrução sulco gengivo - labial	120 dias
5080	cirurgia para torus palatino	120 dias
5090	cirurgia para torus mandibular - unilateral	120 dias
5100	cirurgia para torus mandibular - bilateral	120 dias
5110	apicetomia caninos ou incisivos apicetomia unirradicular	120 dias
5120	apicetomia caninos ou incisivos-com obturação retrógrada	120 dias
5130	apicetomia pré-molares apicetomia birradicular	120 dias
5140	apicetomia pré-molares - com obturação retrógrada	120 dias
5150	apicetomia molares apicetomia trirradicular	120 dias
5160	apicetomia molares - com obturação retrógrada	120 dias
5170	frenectomia ou bridectomia/lingual	120 dias
5270	excisão de rânula	120 dias
5300	excisão de mucocele de desenvolvimento	120 dias
5320	ulectomia	120 dias
5650	fraturas alvéolo-dentárias - redução cruenta	120 dias
5660	fraturas alvéolo-dentárias - redução incruenta	120 dias
5330	Correção de bridas musculares	120 dias

Os procedimentos odontológicos não cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento) serão cobertos pelo regime de pós-pagamento, podendo o usuário utilizar a rede cooperada de cirurgiões - dentistas mediante o pagamento integral de cada ato utilizado, diretamente à Operadora, nos valores descritos na tabela referencial, que segue logo abaixo:

200-390	RADIOLOGIA	Pós-Pagamento
210	radiografia periapical (RX realizados em Consultórios) (3)	11,00
220	radiografia interproximal (bite-wing)	11,00
225	radiografia interproximal (bite wing) série completa (4 RX)	11,00
230	radiografia oclusal	11,00
215	levantamento periapical (a partir de 9 RX)	33,00
500-590	PREVENÇÃO + ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	
510	profilaxia e limpeza	11,00
600-890	ODONTOPIEDIATRIA	
620	aplicação de selante (por elemento) + orientação (até 12 anos)	11,00
730	Extração de dentes permanentes e decíduos	11,00
710	pulpotomia	22,00
720	tratamento endodôntico em decíduos (trat. de canal em dente de leite)	33,00
900-1990	DENTÍSTICA	
910	restauração de amálgama - 1 face (obturações ou restaurações)	11,00
960	rest. resina fotopolimerizável - 1 face (dentes anteriores)	22,00
961	rest. resina fotopolimerizável - 1 face (dentes posteriores)	11,00
1080	restauração de superfície radicular	11,00
920	restauração de amálgama - 2 faces	22,00
930	restauração de amálgama - 3 faces ou mais	22,00
970	rest. resina fotopolimerizável - 2 faces (dentes anteriores)	22,00

**UNIODONTO/RS**

FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS DO RGS



971	rest. resina fotopolimerizável - 2 faces (dentes posteriores)	22,00
950	restauração a pino intradentinário	33,00
980	rest. resina fotopolimerizável - 3 ou + faces (dentes anteriores)	33,00
987	rest. de dente anterior de angulo e/ou mais preparos	33,00
988	rest. de dente posterior c/3 ou mais faces comprometidas	33,00
2000-2990	ENDODONTIA	
2150	remoção de obturação radicular (por conduto)	11,00
2010	tratamento endodôntico incisivo / canino (rx comprobatório incluído inicial condometria e final) (tratamento de canal)	66,00
2020	tratamento endodôntico pré-molar (rx comprobatório incluído inicial condometria e final) (tratamento de canal)	66,00
2030	tratamento endodôntico molar (rx comprobatório incluído inicial condometria e final) (tratamento de canal)	99,00
3000-3990	PERIODONTIA (males da gengiva ou gengivite) (comprovada por rx)	
3260	curetagem de bolsa periodontal (por arcada) (incluído no 3020) com periograma	11,00
3020	raspagem, alisamento e polimento coronário e radicular (por elemento)+(incluído 510 e 540) rasp. supra e sub-gengival + polimento coronário C/ PERIOGRAMA	22,00
3115	cirurgia aumento coroa clínica (recuperação do espaço biológico p/ elemento (c/rx)	33,00
5000-5990	CIRURGIA (+ complexas comprovadas por rx) exceto 5010	
5010	exodontia (extração) simples (por elemento) exod de elemento permanente	11,00
5180	remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados) (Incluído rx comprobatório) (mais comum nos sisos)	66,00
6000-6990	ORTODONTIA	
6150	aparelho + manutenção ortodôntica	99,00

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.