



Venha para a Unimed Odonto e
aproveite os benefícios exclusivos
para você e sua família

Unimed 
ODONTO
Completa a sua saúde.

ANS nº 41.688-7

MANUAL DE ADESÃO UNIMED ODONTO



INFORMAÇÕES RESUMIDAS E SUJEITAS A ALTERAÇÕES.
CONSULTE O SEU CORRETOR.

Elegibilidade: Sindicalizados ao SindSaúde-SP

MOVIMENTAÇÃO/VIGÊNCIA

Data de Movimentação	Início da Cobertura
Dia 1º a 14	Dia 1 do mês subsequente

FORMA DE PAGAMENTO

Modalidade – Pré-pagamento

Forma de cobrança – Débito em conta no Banco do Brasil, Banco Santander, ou boleto bancário eletrônico.

DIA DO VENCIMENTO DA MENSALIDADE

Data de Adesão	Início da Cobertura	Vencimento da Mensalidade
Dia 1º a 14	Dia 1 do mês subsequente	Dia 10 de todo mês

ASSISTÊNCIA OFERTADA

Plano	Registro ANS	Abrangência	Cobertura Adicional	Reembolso	Copart.
Essencial	465.928/11-7	Nacional	Não	Não	Não
Essencial Plus	469.840/13-1	Nacional	Sim	Não	Não
Pleno	470.865/14-2	Nacional	Sim	Não	Não
Pleno Orto	475.494/16-8	Nacional	Sim	Não	Não

SindSAÚDE-SP
SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADESÃO

Titulares

- Cópia de RG e CPF;
- Documento que comprove elegibilidade;
- Declaração do Sindicato que comprove a filiação;
- Comprovante de residência.

Dependentes - Cônjuge

- Cópia de RG e CPF;
- Cópia da Certidão de Casamento.

Dependentes - Companheiro(a)

- Certidão de União Estável, contendo o nº do RG e CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- Cópia do RG e CPF do(a) companheiro(a).

O(s) filho(s) natural(is), adotivo(s), enteado(s) e/ou menor(es) tutelado(s); menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;

O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz(es).

- Cópia do RG e CPF (dependente a partir de 12 anos);
- Certidão de Nascimento (dependentes até 15 anos);
- Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS (para filhos inválidos).

Atenção: a Administradora/estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na proposta.

CARÊNCIAS

Os Beneficiários inscritos após 30 (trinta) dias da vigência do Contrato, ou, ainda, o Beneficiário que tenha sido excluído do Contrato, independentemente do motivo e tenha seu pedido de retorno deferido pela OPERADORA, cumprirão os seguintes prazos de carências:

Procedimentos	Prazos de Carência
Urgência e Emergência	24 horas
Diagnóstico	24 horas
Prevenção	60 dias
Radiologia	60 dias
Dentística	60 dias
Cirurgia	60 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	90 dias
Próteses (conforme Rol de Procedimentos vigente)	180 dias
Ortodontia	180 dias
Demais Procedimentos (extra-Rol)	180 dias

Escolha o melhor custo benefício para você e sua família:

Unimed
ODONTO

ANS - n° 416801

SindSAÚDE-SP
SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

FETSS ONISS CUT

Essencial

R\$ **21**,27*/**

Rol ANS vigente

- ✓ Urgências e Emergências: Curativos, reparos e alívio da dor
- ✓ Cirurgias: Extrações simples e tratamentos cirúrgicos da região buco-maxilo-facial em consultório
- ✓ Dentística: restauração
- ✓ Diagnóstico: Consulta Inicial
- ✓ Endodontia: Tratamento de Canal
- ✓ Odontopediatria: Tratamento para crianças até 14 anos
- ✓ Prevenção: Orientação, polimento e aplicação de flúor e selantes
- ✓ Periodontia: Tratamento da Gengiva
- ✓ Prótese: Procedimentos garantidos pelo Rol ANS
- ✓ Radiologia: Radiografia

Essencial Plus

R\$ **24**,03*/**

Rol ANS ampliado

TODAS AS COBERTURAS DO ESSENCIAL +

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

Pleno

R\$ **28**,03*/**

Rol ANS ampliado + complementares de próteses

TODAS AS COBERTURAS DO ESSENCIAL PLUS +

- ✓ Coroa 3/4 ou 4/5
- ✓ Coroa total em cerômero (dentes posteriores)
- ✓ Coroa total metalo plástica-cerômero
- ✓ Coroa total metalo plástica-resina acrílica
- ✓ Faceta em cerômero
- ✓ Provisório para inflay/onlay (cerômero)
- ✓ Restauração em cerômero-onlay
- ✓ Restauração em cerômero-inlay
- ✓ Restauração em resina (indireta)-onlay
- ✓ Restauração em resina (indireta)-inlay

Pleno Orto

R\$ **65**,50*/**

Rol ANS ampliado + complementares de próteses

TODAS AS COBERTURAS DO PLENO +

- ✓ Aparelho extra-bucal;
- ✓ Aparelho ortodôntico fixo metálico;
- ✓ Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial;
- ✓ Aparelho removível com alças bionator invertida ou de escheler;
- ✓ Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- ✓ Clareamento de dente desvitalizado;
- ✓ Coroa total metalo plástica - cerômero;
- ✓ Coroa total metalo plástica - resina acrílica;
- ✓ Documentação periodontal;
- ✓ Enxerto conjuntivo subepitelial;
- ✓ Enxerto pediculado;
- ✓ Estudo e planejamento ortodôntico;
- ✓ Faceta em cerômero;
- ✓ Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo;
- ✓ 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos fixos;
- ✓ Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico;
- ✓ 24 (vinte e quatro) manutenções para aparelhos ortopédicos;
- ✓ Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível;
- ✓ 12 (doze) manutenções para aparelhos removíveis;
- ✓ Manutenção periodontal;
- ✓ Modelos ortodônticos;
- ✓ Panorâmica + modelos ortodônticos;
- ✓ Placa de mordida ortodôntica;
- ✓ Provisório para faceta;
- ✓ Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.

Corretor Autorizado

*Tabela valida até 08/2021

**Permanência mínima 12 meses

GRUPO elo
Seguros e Benefícios

ANS - n° 416801



Contatos para a apresentação:

Alysson Lima

Email:

contato@brokerconsult.com.br

Telefone:

+55 11 2122-2480

Whatsapp

+55 11 94083-2251