

LEIA ATENTAMENTE TODOS OS ITENS ABAIXO ANTES DE ASSINAR;
NÃO ASSINE SE TIVER ALGUMA DÚVIDA

1. Estar ciente de que minha adesão a este plano odontológico está impreterivelmente condicionada ao cumprimento dos meus deveres de associado principalmente em relação a estar quite com o pagamento da mensalidade social;
2. Ter conhecimento de que o presente instrumento trata-se de uma proposta de adesão a um contrato coletivo de plano odontológico por adesão, estipulada entre o **SAAERJ** - Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar do Rio de Janeiro e a UNIODONTO Sul Fluminense Cooperativa de Trabalho Odontológico Ltda – **UNIODONTO**, exclusivamente para os funcionários ativos das unidades de ensino e sindicalizados ao SAAERJ, e seus dependentes aceitos contratualmente pelo presente contrato. Não serão aceitas inclusões de beneficiários que estejam cumprindo aviso prévio ou que se encontrem afastados de suas atividades profissionais. São considerados dependentes:
 - a) o cônjuge;
 - b) os filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
 - c) o curatelado, o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
 - d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, exceto por decisão judicial;
3. Que esta adesão é voluntária e facultativa; reconhecendo, ainda, que optei por minha livre e espontânea vontade por aderir ao presente contrato coletivo, ao invés de contratar um contrato individual diretamente;
4. Ter conhecimento e concordar com a totalidade dos Termos das Condições Gerais do presente Contrato Coletivo por Adesão, estipulada entre o SAAE/RJ e a UNIODONTO reconhecendo que recebi uma cópia destas condições gerais, principalmente no que tange ao plano escolhido, e suas peculiaridades da cobertura, exclusão e forma de reajuste;
5. Ter ciência de que a minha aceitação e a de meus dependentes estará condicionada à aprovação por parte do SAAE/RJ e da UNIODONTO, e a formação de um grupo mínimo estipulado contratualmente de 3 usuários entre titulares e dependentes, cuja eventual recusa deverá ser apresentada e ressarcida ao proponente titular em até 35 dias após a assinatura e quitação do presente;
6. Estar ciente de que tenho que quitar a mensalidade de forma integral, através de boleto bancário emitido pelo SAAERJ, acrescido de tarifa de cobrança bancária, taxa operacional e mensalidade do SAAERJ, e a opção de outra forma de pagamento somente previamente autorizado pelo SAAERJ. **NÃO OCORRENDO A QUITAÇÃO DE MINHA MENSALIDADE, DENTRO DA DATA PREVISTA INDICADA NO BOLETO, DEVEREI DIRIGIR-ME IMEDIATAMENTE AO LOCAL INDICADO NO ITEM 16 NO MÁXIMO ATÉ O DIA 20 (VINTE) DO MESMO MÊS, PARA QUITAR MINHA MENSALIDADE;**
7. Estar ciente de que **CASO NÃO RECEBA O AVISO BANCÁRIO ATÉ 5 (CINCO) DIAS ANTES DO VENCIMENTO**, deverei providenciar junto ao SAAERJ a emissão de 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento da mensalidade, sob pena de ficar sujeito à multa e a encargos monetários previstos em lei;
8. Estar ciente de que nenhum pagamento será reconhecido como feito ao SAAERJ senão possuir comprovantes devidamente autenticados por Banco ou Agência autorizada;
9. Autorizar expressamente o SAAERJ a proceder minha exclusão do presente contrato, juntamente com todos os meus dependentes inscritos, **CASO NÃO HAJA A QUITAÇÃO MENSAL DO PRÊMIO OU POR DÉBITOS ANTERIORES**, conforme item 6 acima, uma vez que sou integralmente responsável pelo pagamento mensal. **NESSE CASO, MEUS DIREITOS E DE MEUS DEPENDENTES À COBERTURA PELO PRESENTE CONTRATO SERÃO TOTALMENTE ENCERRADOS NO ÚLTIMO DIA DO MÊS PAGO.** Declaro ainda ter ciência de que eventuais custos devido a utilizações do presente plano, após minha exclusão e de meus dependentes, serão passíveis de cobrança, conforme o item 14. O não pagamento pelo usuário titular, dará a UNIODONTO o direito de excluir o usuário e seus dependentes do plano, imediatamente após o vencimento;
10. Estar ciente de que, dado o caráter diferenciado deste contrato coletivo por adesão, inexistente o direito do contrato individual que permite o atraso de pagamento da mensalidade em até 60 (sessenta) dias acumulados ou sucessivos, que o início da vigência deste contrato será sempre no dia 15 do mês subsequente ao primeiro pagamento, desde que respeitado o prazo de movimentação (calendário) limite, **INEXISTINDO A POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO MESMO QUE EM CASO DE URGENCIA OU EMERGENCIA ANTES DESTA DATA** e que **O PAGAMENTO DO BOLETO DÁ DIREITO À**

COBERTURA DOS SERVIÇOS NO PERÍODO DE 01 À 30 DO MÊS SUBSEQUENTE por se tratar de cobrança antecipada;

11. Estar ciente de que, havendo minha exclusão e de meus dependentes, não poderei reingressar neste contrato, independentemente do período anterior em que estivemos associados a este contrato;
12. Estar ciente de que só poderei solicitar cancelamento do plano após cumprir um período de 12 (doze) meses, exceto em caso de demissão comprovada. Havendo exclusão do usuário titular ou dependente, que não seja por demissão comprovada, antes de completado o prazo mínimo de permanência no plano de 12 (doze) meses pagarei a UNIODONTO multa equivalente a 50% (cinquenta por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado e a exclusão fora do prazo só será aceita nos casos de não utilização, não havendo devolução das mensalidades quitadas.
13. Estar ciente de que em caso de desistência ou exclusão do plano, o usuário terá que ressarcir ao SAAERJ os períodos pagos sob pena de ser ajuizada a cobrança;
14. Estar ciente de que, se houver cancelamento (exclusão) por minha solicitação ou pelo motivo constante do item 9 acima, não poderei, extensivo a todos os meus dependentes, utilizar mais o presente contrato, bem como devolver as carteiras de identificação UNIODONTO, assumindo todas as responsabilidades civis e criminais pelas eventuais utilizações indevidas desta natureza, incluindo-se nessa responsabilidade a utilização por terceiros, com ou sem meu conhecimento;
15. Conceder ao SAAE/RJ procuração e autorização para que a mesma tenha amplos poderes para representar a mim e a meus dependentes perante a UNIODONTO, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas das Condições Gerais, bem como de reajustes de preços do presente contrato e/ou Plano Odontológico;
16. Responsabilizar-me por comunicar formalmente por escrito ao SAAE/RJ, à Rua dos Andradas, 96 7º andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20051-002, toda e qualquer alteração cadastral (inclusão ou exclusão de dependentes, alteração de plano, etc.), **PRINCIPALMENTE DE ENDEREÇO**. Todas as consequências advindas da não informação por parte do proponente titular são de inteira responsabilidade do mesmo. Tais alterações terão vigência a partir do mês subsequente, desde que protocoladas até o dia 15 (quinze) do mês corrente;
17. Estar ciente de que no caso de extravio ou solicitação de segunda via do Cartão de Identificação, a UNIODONTO efetuará a cobrança da respectiva emissão no valor de R\$ 5,00 (cinco reais);
18. Que, para os devidos fins e efeitos, as informações aqui prestadas são absolutamente verdadeiras e completas; se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão. Autorizo desde já ao SAAE/RJ e/ou a UNIODONTO a solicitar, a qualquer tempo, documentação comprobatória referente a todas as informações ora declaradas, tais como: documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, da filiação, documentos relacionados ao grau de parentesco dos dependentes, comprovante de inscrição, endereço, comprovação de permanência em planos anteriores, laudos médicos, exames, etc;
19. Ter ciência e total concordância de que o prêmio citado no item 6 poderá sofrer reajuste independente da data de minha adesão e de meus dependentes, nas seguintes situações: (a) quando houver desequilíbrio econômico-financeiro do contrato que possa vir a comprometer a manutenção do presente contrato coletivo por adesão, denominado “reajuste técnico”, (b) na periodicidade autorizada pela legislação vigente., (c) em função da variação da sinistralidade, como também dos custos odontológico e administrativos, (d) em outras hipóteses, sendo que todas deverão ter autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e reajustes do custo operacional;
20. Ter o direito de desistir da presente proposta de Adesão, sem qualquer ônus, desde que tal decisão seja tomada no prazo máximo de 7(sete) dias contados a partir da data de assinatura desta e desde que formalizado o ato volitivo por escrito e encaminhado para o SAAE/RJ, conforme o endereço da mesma indicado no item 16 acima, desde que a movimentação correspondente não tenha sido enviada à UNIODONTO;
21. **COBERTURA:**
 - a) **Diagnóstico:** consulta; curativo em caso de hemorragia bucal; curativo em caso de odontalgia aguda; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite;
 - b) **Radiologia:** radiografia periapical; radiografia bite-wing; radiografia oclusal; levantamento periapical;
 - c) **Prevenção em saúde bucal:** Orientação sobre Higiene Bucal; enxaguatórios; evidenciação de placa, profilaxia-polimento coronário; aplicação tópica profissional de flúor (até 14 anos); aplicação de selante (até 14 anos);

- d) **Dentística:** restauração de 1, 2, 3 ou 4 superfícies; colagem de fragmentos; restauração de ângulo; restauração a pino; restauração de superfície radicular;
- e) **Periodontia:** raspagem, alisamento e polimento coronário; raspagem, alisamento e polimento radicular; curetagem de bolsa periodontal; tratamento da gengivite; aumento de coroa clínica;
- f) **Endodontia:** remoção de obturação radicular; remoção de prótese e/ou pino metálico; tratamento endodôntico em dentes permanentes (1, 2, 3 ou 4 condutos); capeamento pulpar direto e indireto; pulpotomia/pulpectomia; tratamento endodôntico em dentes decíduos; clareamento de dentes anteriores (somente dentes desvitalizados);
- g) **Cirurgia:** alveoloplastia; apicectomia biradicular; apicectomia biradicular com obturação retrógrada; apicectomia triradicular, apicectomia triradicular com obturação retrógrada; apicectomia uniradicular; apicectomia uniradicular com obturação retrógrada; biópsia; cirurgia de torus mandibular bilateral; cirurgia de torus palatino e unilateral; correção de bridas musculares; excisão de mucocele e râmula; exodontia + retalho; exodontia de raiz residual; exodontia simples e múltiplas; fraturas alvéolo-dentárias – redução cruenta; fraturas alvéolo-dentárias – redução incruenta; frenectomia labial e lingual; incisão e drenagem de abscesso extra oral e intra oral; reconstrução de sulco gengivo-labial; reimplante de dente avulsionado; remoção de dentes retidos (inclusos e impactados); sulcoplastia; ulectomia; ulotomia;

22. EXCLUSÕES CONTRATUAIS: não estão cobertos pelo plano:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar;
- c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico);
- 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 cataclismo, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados, exceto os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados, contratados ou credenciados;
- h) os serviços não previstos pelo item 21 e/ou na Resolução Normativa nº 9, da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- i) a renovação de restaurações sem indicação clínica e sua troca para fins exclusivamente estéticos;
- j) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;

23. ATENDIMENTO DO USUÁRIO:

- a) para o atendimento dos atos cobertos pelo contrato, o usuário escolherá o cirurgião-dentista cooperado, marcando dia e hora para consulta, e se dirigirá ao seu consultório;
- b) a falta à consulta marcada sem justificativa e antecedência mínima de 6 (seis) horas acarretará no pagamento, pelo usuário, do valor de R\$ 15,00 (quinze reais);
- c) os usuários que residirem no SUL FLUMINENSE, farão sua primeira consulta em uma das clínicas UNIODONTO, constantes no guia odontológico, onde receberá uma autorização prévia válida por 01 ano, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato e diretamente nos consultórios dos dentistas cooperados. Para os usuários que NÃO residirem no SULFLUMINESE, haverá uma pré-autorização emitida via fax à UNIODONTO Sul fluminense pelo próprio dentista escolhido.

24. REEMBOLSO DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- a) a UNIODONTO reembolsará a quantia paga pelo usuário com a prestação de assistência odontológica dentro do território nacional, de acordo com os valores de cada procedimento odontológico descrito abaixo, exclusivamente nos casos de urgência/emergência odontológica descritos na Resolução Normativa nº 9, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, publicada no Diário Oficial da União de 27 de junho de 2002, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional Uniodonto;

Procedimento	Valor (R\$)
Curativo em caso de hemorragia bucal	15,00
Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia	15,00
Imobilização dentária temporária	15,00

SAAERJ – Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar do Estado do Rio de Janeiro
Contrato de Adesão ao Plano Odontológico UNIODONTO Sul Fluminense

Recimentação de peça protética	15,00
Tratamento de alveolite	15,00
Colagem de fragmentos	15,00
Incisão e drenagem de abscesso extra-oral	15,00
Incisão e drenagem de abscesso intra-oral	15,00
Reimplante de dente avulsionado	15,00

- b) o reembolso será efetuado pela UNIODONTO no prazo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pelo usuário, dos seguintes documentos originais:
- requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitado o reembolso;
 - orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do usuário, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
 - recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, acusando o recebimento dos valores combinados;
- c) o usuário perderá o direito de requerer o reembolso, decorridos 12 (doze) meses da data do evento;

25. CARÊNCIAS:

Tabela de cumprimento de carência inicial para os associados residentes na região **SUL FLUMINENSE:**

Procedimentos	Carências
Radiologia	30 dias
Prevenção em saúde bucal	30 dias
Dentística	30 dias
Periodontia	30 dias
Endodontia	30 dias
Cirurgia	30 dias
Urgência/Emergência	24 horas

Tabela de cumprimento de carência inicial para os associados **NÃO** residentes na região **SUL FLUMINENSE:**

Procedimentos	Carências
Radiologia	60 dias
Prevenção em saúde bucal	60 dias
Dentística	60 dias
Periodontia	60 dias
Endodontia	60 dias
Cirurgia	60 dias
Urgência/Emergência	24 horas

26. O presente contrato coletivo por adesão compõe-se deste Contrato de Adesão, Cartão Proposta UNIODONTO, e se necessário a ficha de inscrição do SAAERJ, devidamente preenchida, e que o Cartão de Identificação deverá ser retirado no SAAERJ, à Rua dos Andradas, 96 – 7º andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ, após o início de vigência, tão logo estejam regularizados meu registro e de meus dependentes frente à UNIODONTO.

Local e data		
Nome do Titular por extenso		Nome do Estabelecimento de Trabalho
Unidade		Função
Tel. Residencial	Tel. Celular	Tel. Comercial
Emails		
Assinatura do Proponente (Titular)		