

GUIA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO UNIODONTO CAPITAL Edição – 25/08/2017

1. Conceito: Serviço odontológico prestado pela Uniodonto de São Paulo, mediante convênio com a ABET e pagamento de mensalidade por pessoa inscrita.

1.1. O período obrigatório para permanência no Plano é de 12 (doze) meses a contar da data de início de vigência do Plano.

2. São considerados beneficiários e/ou pessoas designadas no Plano:

a) Beneficiário Titular: é o Associado Titular, inscrito na ABET.

b) Beneficiário Dependente: é o dependente preferencial do Associado Titular da ABET, inscrito na ABET.

- cônjuge/companheiro;
- filhos e enteados solteiros até 21 anos;
- filhos e enteados solteiros universitários de 21 a 24 anos;
- filho inválido ou excepcional;
- menor de 21 anos, solteiro, que por determinação judicial esteja sob guarda do Associado Titular com fins de adoção ou tutela.

c) Pessoa Designada: categoria de beneficiário que não se enquadra como dependente preferencial do Associado Titular da ABET: pais, padrasto/madrasta, ex-cônjuge, filhos/enteados maiores de 21 anos não universitários, irmãos, sogros, avós, netos, bisavós, bisnetos, tios, genros, noras, cunhados e sobrinhos solteiros até 21 anos.

2.1. Todas as inclusões de beneficiários estão vinculadas à inscrição obrigatória do titular no plano.

3. Inscrição

3.1. Por decisão administrativa da ABET não são permitidas novas inscrições na Uniodonto Capital, por tempo indeterminado.

4. Transferência e Alteração Cadastral

4.1. As alterações cadastrais e transferências podem ser feitas mensalmente, do 1º ao último dia útil do mês com vigência no mês subsequente.

5. Preços / Forma de Cobrança da Mensalidade

5.1. Mensalidade: R\$ 11,72 (onze reais e setenta e dois centavos) por pessoa inscrita;

5.2. Forma de Cobrança da Mensalidade: Pós-Pagamento. A cobrança das mensalidades é feita através de débito em Folha de Pagamento ou via Boleto Bancário.

6. Cancelamento do Plano

O cancelamento do plano poderá ocorrer por:

6.1. Solicitação espontânea do Titular para cancelar o Plano da UNIODONTO CAPITAL:

a) O titular deverá fazer solicitação por carta ou e-mail, onde deve constar nome, matrícula, nome da mãe do titular/dependente, endereço completo atualizado, telefone de contato e o motivo do cancelamento. Sendo por carta, entregar na Central de Atendimento da ABET ou enviar por correio, ao DAC – Departamento de Atendimento e Cadastro da ABET (Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2608 - 4º andar - Bloco A – Jd. Paulista – CEP: 01402-000 – São Paulo – SP) ou por e-mail ao endereço abet@abet.com.br. As carteiras devem ser devolvidas à ABET ao endereço acima mencionado.

b) Os cancelamentos podem ser feitos do 1º dia ao último dia útil do mês, com vigência no mês subsequente.

6.2 Óbito:

a) O falecimento de beneficiário do Plano odontológico UNIODONTO CAPITAL, que for comunicado à ABET pelo titular (falecimento de dependentes e pessoas designadas) ou pelo familiar (no caso de falecimento do Associado Titular) em até 30 (trinta) dias da data do falecimento, necessita da apresentação de cópia de atestado de óbito.

b) Caso a comunicação for feita após 30 (trinta) dias da data de falecimento, além de cópia do atestado de óbito, o familiar, inscrito ou não no Plano, deverá fazer solicitação por escrito, onde deve constar nome, matrícula, telefone, o motivo da solicitação; anexar as carteiras de identificação do plano à carta e entregar na Central de Atendimento ABET ou enviar por correio ao DAC – Departamento de Atendimento e Cadastro da ABET (Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2608 - 4º andar - Bloco A – Jd. Paulista – CEP: 01402-000 – São Paulo – SP).

c) No caso de falecimento de Associado Titular, o cônjuge/companheiro que desejar manter a sua inscrição e/ou a dos dependentes no Plano UNIODONTO CAPITAL, isentos de carência e do pagamento de taxa de inscrição, deverá se inscrever como associado titular da ABET, e formalizar a transferência no Plano UNIODONTO CAPITAL, em até 30 dias da data do óbito. .

c.1) Para as inscrições no Plano UNIODONTO CAPITAL, realizadas após o período de 30 dias da data de óbito, incidirão carência e taxa de inscrição.

6.3. Inadimplência:

a) É considerado inadimplente o beneficiário que deixar de pagar a mensalidade do plano. O atraso no pagamento da mensalidade por mais de 60 (sessenta) dias cumulativamente nos últimos 12 (doze) meses da ocorrência, acarretará a exclusão automática do titular e de seus beneficiários do Plano.

6.4. Cancelamento da condição de Associado ABET:

a) O cancelamento da condição de associado da ABET implicará na exclusão automática do titular e respectivos beneficiários do Plano, não eximindo os do pagamento das mensalidades faltantes para o cumprimento da obrigatoriedade de permanência de 12 (doze) meses no Plano.

b) Em caso de cancelamento de Associado Dependente, também cancela automaticamente sua inscrição na UNIODONTO, exceto os inscritos como UNIODONTO Agregado.

6.5. Desligamento da Empresa:

a) O associado titular e todo o seu grupo familiar será mantido automaticamente no Plano, a menos que haja solicitação por de cancelamento do Plano, conforme **item 6.1**, não eximindo o do pagamento das mensalidades faltantes para o cumprimento da obrigatoriedade de permanência de 12 (doze) meses no Plano.

7. Solicitação de 2ª via de carteira:

a) O beneficiário deverá fazer solicitação por carta ou e-mail para abet@abet.com.br, devendo constar o motivo da solicitação, CPF e nome completo do beneficiário sem abreviações. Sendo por carta, entregar na Central de Atendimento ABET ou enviar por correio ao DAC – Departamento de Atendimento e Cadastro da

ABET (Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2608 - 3º andar - Bloco A – Jd. Paulista – CEP: 01402-000 – São Paulo – SP), que enviará a referida carteira no prazo de 30 (trinta) dias após a data da solicitação. Será cobrado através de folha de pagamento ou boleto bancário, o valor equivalente a R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) por carteira solicitada.

8. Documentos necessários para atendimento:

- a) Carteira Uniodonto Capital;
- b) Documento de Identidade.

9. Como utilizar:

9.1. Atendimento Programado:

a) Identificar consultório credenciado no portal da ABET ou no manual Uniodonto Capital, e agendar dia e horário para que seja efetuado orçamento do tratamento a ser realizado.

Importante: O não comparecimento na consulta no horário marcado, sem o aviso prévio, inclusive cancelamento, implicará em pagamento de taxa à Uniodonto no valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais).

9.2. Atendimento de Urgência/Emergência:

a) Em período de expediente o beneficiário deverá ligar para o consultório credenciado em que estiver fazendo tratamento e se não for possível o atendimento, deverá ligar para outro profissional credenciado pedindo atendimento.

b) Se o beneficiário estiver em trânsito (viajando) e em local onde existe Uniodonto em atividade, poderá recorrer aos seus serviços somente nos casos de urgências/emergências desde que esteja com a carteira Uniodonto Capital e documento de identidade.

10. Serviços cobertos:

10.1. DIAGNÓSTICO

- a) Consulta inicial
- b) Urgência / Emergência (noturna sábado, domingo e feriados) ou (horário normal – fora procedimento)
- c) Avaliação Técnica (A Uniodonto poderá solicitar o comparecimento do beneficiário para realização de uma Auditoria Odontológica, no início ou término do tratamento).

10.2. TRATAMENTO DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

- a) Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose
- b) Curativo em caso de hemorragia bucal
- c) Imobilização dentária temporária
- d) Recimentação de Peça Protética
- e) Tratamento de Alveolite
- f) Colagem de Fragmentos
- g) Incisão e Drenagem de Abscesso Extra Oral
- h) Incisão e Drenagem de Abscesso Intra Oral
- i) Reimplante de Dente Avulsionado

10.3. TRATAMENTOS CIRÚRGICOS

- a) Exodontia Simples (elemento permanente)
- b) Exodontia Múltipla
- c) Exodontia a Retalho
- d) Exodontia de Raiz Residual
- e) Alveoloplastia
- f) Ulotomia
- g) Biópsia (remoção de tecido)
- h) Sulcoplastia
- i) Cirurgia de Torus Palatino

- j) Cirurgia de Torus Mandibular Unilateral e Bilateral
- k) Apicectomia Unirradicular, Birradicular e Trirradicular
- l) Apicectomia Unirradicular, Birradicular e Trirradicular c/ Obturação Retrógrada
- m) Frenectomia Labial e/ou Lingual
- n) Exodontia de dente retido (incluso ou impactado)
- o) Excisão de Rânula
- p) Excisão de Mucocele (de desenvolvimento)
- q) Ulectomia
- r) Redução Cruenta e Incruenta – Fraturas Alvéolo-Dentárias
- s) Correção de Bridas Musculares
- t) Exodontia de dente Semi-Incluso
- u) Aumento de Coroa Clínica
- v) Gengivectomia/Gengivoplastia

10.4. DENTÍSTICA RESTAURADORA

- a) Restauração com amálgama (1, 2, 3, 4 ou mais faces)
- b) Restauração resina autopolimerizável (1, 2, 3, 4 ou mais faces)
- c) Restauração resina fotopolimerizável (1, 2, 3, 4 ou mais faces)
- d) Restauração a Pino (Intra Dentinária)
- e) Restauração de Ângulo - Reconstrução de dente
- f) Restauração de Superfície Radicular

10.5. ENDODONTIA

- a) Tratamento Endodôntico - dente permanente com 1, 2, 3 e 4 condutos
- b) Retratamento Endodôntico de Incisivos e Caninos
- c) Retratamento Endodôntico em Pré-Molares e Molares
- d) Remoção de Núcleo Intrarradicular
- e) Pulpotomia
- f) Remoção de Obturação Radicular
- g) Tratamento Endodôntico em dentes decíduos

10.6. TRATAMENTO PREVENTIVO

- a) Profilaxia: Polimento Coronário
- b) Orientação de Higiene Bucal (apenas uma por Tratamento)
- c) Aplicação Tópica Profissional de Flúor
- d) Evidenciação ou Controle de Placa Bacteriana (apenas uma por tratamento)
- e) Aplicação de Selante

10.7. ODONTOPEDIATRIA

- a) Aplicação Tópica Profissional de Flúor
- b) Aplicação de Selante
- c) Aplicação de Selante - Técnica Invasiva
- d) Restauração de Ionômero de Vidro - 1 face
- e) Restauração Preventiva
- f) Pulpotomia
- g) Tratamento Endodôntico em decíduos
- h) Exodontia de dentes decíduos

10.8. PERIODONTIA

- a) Raspagem Supra Gengival, Alisamento e Polimento Coronário
- b) Raspagem Supra e Subgengival, Alisamento e Polimento Radicular
- c) Imobilização Dentário Temporária com Resina Foto (3 dentes)
- d) Gengivectomia e/ou Gengivoplastia
- e) Aumento de Coroa Clínica
- f) Curetagem de Bolsa Periodontal
- g) Orientação de Higiene Bucal

10.9. RADIOGRAFIA

- a) Rx Periapical (acima de 9 Rx considerar como levantamento periapical)
- b) Levantamento Periapical (completo)
- c) Rx Interproximal (Bite Wing)

- d) Rx Interproximal (Bite Wing) Série Completa
- e) Rx Oclusal

11. Serviços Não Cobertos:

11.1. Os serviços não cobertos pela Uniodonto Capital (vide abaixo) poderão ser realizados como serviço adicional, no interesse do beneficiário, que correrão por conta exclusiva dos beneficiários inscritos, devendo ser pagos diretamente à Uniodonto Capital qualquer serviço não mencionado no **item 10**, conforme tabela de atos odontológicos da Uniodonto.

- a) Despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) Despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar;
- c) Despesas com honorários de anestesistas (profissional médico);
- d) Serviços realizados por profissionais, não cooperados da Uniodonto Capital, salvo os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados do Sistema Uniodonto;
- e) Renovação de restaurações sem indicação clínica e/ou troca de restaurações para fins estéticos.

11.2. Aparelho Ortodôntico:

a) O aparelho ortodôntico não é um procedimento coberto pela Uniodonto Capital, e sim um serviço complementar que a Uniodonto, em acordo com sua rede credenciada, oferece aos beneficiários, mediante pagamento à Uniodonto Capital, referente às taxas de manutenção e documentação ortodôntica, conforme abaixo:

b) Manutenção do Aparelho Ortodôntico: As 12 (doze) mensalidades referentes à manutenção do aparelho ortodôntico, não cobertas pelo Plano, deverão ser pagas via boleto bancário fornecidos pela Uniodonto Capital.

12. Aprovação do Orçamento

12.1. O beneficiário deverá enviar o orçamento à Uniodonto Capital, via fax nº (11) 4082-8282 ou e-mail aprovasp@uniodonto-sp.com.br, contendo os seguintes dados pessoais: nome completo, código da carteira Uniodonto, telefone para contato, telefone de fax e e-mail, no prazo de 10 (dez) dias a contar da data do pedido odontológico para aprovação.

12.2. Após análise do orçamento pela Uniodonto Capital, se aprovado o orçamento, o mesmo será reinviado ao beneficiário através do nº do telefone fax ou e-mail informado. Senão aprovado, a Uniodonto Capital reinviará ao beneficiário, através do nº do telefone fax ou e-mail informado, o orçamento não aprovado com o valor a ser pago dos serviços não cobertos, onde o beneficiário terá que comparecer pessoalmente na Uniodonto Capital, situada na Rua Machado Bittencourt, 430 - Vila Clementino, para a efetivação do pagamento.

12.3. Após aprovação do orçamento aprovado pela Uniodonto, se por algum motivo, o beneficiário não retornar ao consultório do dentista credenciado para iniciar o tratamento; ou apresentou o orçamento ao dentista credenciado e não fez o tratamento; ou resolveu mudar de dentista; o beneficiário deverá comunicar a Uniodonto de São Paulo, para que seja cancelado o orçamento. Este procedimento visa o benefício para que na aprovação de um novo orçamento, não conste como tratamento já realizado.

12.4. Se o beneficiário interromper o tratamento por um prazo superior a 30 (trinta) dias, o dentista poderá cancelar os Serviços Odontológicos não realizados. Caso ocorra o cancelamento (pelo dentista), e o beneficiário decidir prosseguir com o mesmo dentista, terá que aprovar um novo orçamento, que será emitido pelo dentista.

12.5. Se o beneficiário pagou por algum serviço não coberto, que tenha deixado de ser realizado, o mesmo deverá solicitar o reembolso ou o cancelamento para a Uniodonto.

12.6. No caso de reembolso, o valor terá como base o preço vigente no dia da aprovação do orçamento.

13. Reembolso

13.1. A Uniodonto Capital reembolsará a quantia paga pelo beneficiário pela prestação de assistência odontológica dentro do território nacional, de acordo com os valores da tabela de atos odontológicos de cada procedimento odontológico, exclusivamente nos casos de urgência/emergência odontológica, assim considerados os procedimentos descritos no **item 10.2**, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional Uniodonto.

13.2. O reembolso de que trata o item acima, será efetuado pela Uniodonto Capital no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pelo beneficiário na sede administrativa da Uniodonto Capital, mediante apresentação dos seguintes documentos:

a) Requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela Uniodonto Capital, solicitando o reembolso;

b) Orçamento datado e assinado pelo cirurgião dentista que prestou o atendimento, declarando todos os dados pessoais do beneficiário, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;

c) Recibo assinado pelo cirurgião dentista, acusando o recebimento dos valores pagos pelo beneficiário.

13.3. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento “Urgência/ Emergência”, no limite do valor de R\$ 21,00 (vinte e um reais) por atendimento, excetuando-se qualquer material ou medicamento prescrito para uso domiciliar.

13.4. O beneficiário perderá o direito de requerer o reembolso, decorridos 60 (sessenta) dias da data do evento.

14. Localidades com recursos credenciados Uniodonto Capital: Alphaville, Arujá, Barueri, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Embú, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapecerica, Itapevi, Mogi das Cruzes, Osasco, São Paulo - Capital, Suzano e Taboão da Serra.

15. Transferência

15.1. Não existe a possibilidade de transferência da Uniodonto Capital para Uniodonto Interior, devendo o beneficiário solicitar o cancelamento do plano.

15.2. Transferência de Categoria: quando um Associado Titular passa a ser dependente preferencial de outro Associado Titular.

Exemplo: titular e cônjuge são empregados ativos, porém somente o titular possui o Plano Odontológico e o cônjuge é seu dependente preferencial. O titular cancela o Plano e o cônjuge solicita a transferência de categoria, ou seja, o titular passará a ser dependente preferencial do cônjuge que será o novo titular.

15.3. Transferência de Categoria de Dependente Preferencial para Pessoa Designada: O dependente preferencial (filho ou enteado) ao completar 21 anos de idade e não sendo dependente universitário ou dependente universitário maior de 24 anos, ingressa automaticamente na categoria de Pessoa Designada, mantendo-se o mesmo valor da mensalidade.

15.4. Transferência de Titularidade: Quando ocorre a transferência de dependentes preferenciais ou pessoas designadas para um outro titular.

Exemplo: titular e cônjuge são empregados ativos e possuem o Plano Odontológico, porém o filho é dependente preferencial do titular. O titular solicita o cancelamento desse dependente preferencial e o transfere para o cônjuge que passa a ser um novo titular, ou seja, o filho passará a ser dependente preferencial do cônjuge, agora como titular, caracterizando assim a transferência da titularidade.

CONSULTE NOSSO PORTAL www.abet.com.br – UNIODONTO CAPITAL PARA ACESSAR ENDEREÇOS E TELEFONES DOS CREDENCIADOS OU LIGUE PARA NOSSA CENTRAL DE ATENDIMENTO - 0800-111-777 DAS 08:00 ÀS 18:00, EXCETO FERIADOS