



Despertando seu
melhor sorriso, sempre.



1 CLIN ADESÃO

★ ROL DE PROCEDIMENTOS - ANS

- Urgências e emergências (curativos, reparos e alívio da dor);
- Cirurgias (extrações simples e tratamentos cirúrgicos em consultório);
- Dentística (restaurações);
- Diagnóstico (consulta inicial);
- Endodontia (tratamento de canal);
- Periodontia (tratamento da gengiva);
- Odontopediatria (tratamento para crianças até quatorze anos);
- Prevenção (orientação, polimento e aplicação de flúor e selantes);
- Prótese (coroa unitária provisória e definitiva, metálica para dentes posteriores e cerômero para dentes anteriores, núcleo metálico fundido);
- Radiologia (raio x periapical, oclusal, interproximal e panorâmica).

2 CLIN ADESÃO PLUS

★ Todos os procedimentos do plano Clin Adesão e mais:

- Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos;
- Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro;
- Mantenedor de espaço fixo;
- Mantenedor de espaço removível;
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica;

3 CLIN ADESÃO ORTO DOC

★ Todos os procedimentos do plano Clin Adesão Plus e mais:

- Clareamento de dente desvitalizado;
- Documentação ortodôntica;

REGISTRO ANS 485.256.207, SEM COPARTICIPAÇÃO

Com liderança consolidada

no segmento de plano odontológico no Norte e Nordeste, a Clin agora está em plena expansão para levar saúde bucal com tecnologia e inovação para mais pessoas.



Carência zero



ClinAPP



Urgência 24 horas



Reembolso

Ceará, Pernambuco, Paraíba, Alagoas, Bahia e Goiás são alguns dos vários estados que você pode encontrar a Clin, com uma rede credenciada cada vez maior.

*Prazo mínimo de permanência (12 meses)

Clin Adesão: **R\$ 16,95**

Clin Adesão Plus: **R\$ 18,60**

Clin Adesão Orto Doc: **R\$ 21,90**

Seu melhor sorriso, sempre.

Fundada em 24 de abril de 1997, a Clin - Plano Odonto Digital, está cada vez melhor. Inovando e investindo em tecnologia a serviço da saúde de todos os brasileiros.

ANS nº 30.444-1

* Permanência mínima - O beneficiário deverá permanecer por um período mínimo de 12 (doze) meses no contrato. Caso solicite cancelamento antes deste período, haverá cobrança de multa.

Clin - Plano Odonto Digital © 2023. Todos os direitos reservados.
Responsável Técnico: Joaquim Neves. CRO/PE 2919
Recife/RMR e Caruaru - (81) 3366 6800
Outras localidades - 0800 006 22 54



ANSERJUFPE
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DO JUDICIÁRIO FEDERAL E ESTADUAL E DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO E DOS ESTADOS



ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

DADOS DA CONTRATANTE

Contratante _____ Contrato _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo _____ Data de Nascimento ____/____/____

CPF _____ RG _____ Estado Civil _____ Sexo M F

Data de Inclusão ____/____/____ Data de Admissão ____/____/____ Matrícula _____ PIS/PASEP _____ CNS (Carteira Nacional de Saúde) _____

Endereço Residencial _____

Bairro _____ CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Nome da Mãe _____ Portabilidade de Carências 1º 2º

Telefone (____) _____ Celular (____) _____ SMS S N E-mail _____

Plano contratado (observar o nome comercial e o número de registro do produto perante a ANS conforme no contrato)

Clin Adesão Clin Adesão Plus Clin Adesão Orto Doc

DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS

02 ESPOSA(O) | 03 FILHO(A) | 04 AGREGADO | 05 MÃE | 06 COMPANHEIRO(A) | 07 GENRO / NORA | 08 AVÔ / AVÓ | 09 NETO(A) | 10 SOGRO(A) | 11 SOBRINHO(A) | 13 PAI | 14 ENTEADO(A) | 15 EX-CÔNJUGE | 16 TUTELADO | 17 FILHO(A) UNIVERSITÁRIO(A) | 18 IRMÃO(A) | 19 FILHO(A) INVÁLIDO(A) | 20 CURATELA

Nome do Dependente _____ CPF _____

1 Nome da Mãe _____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo M F

RG _____ CNS (Carteira Nacional de Saúde) _____ Parentesco _____

Nome do Dependente _____ CPF _____

2 Nome da Mãe _____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo M F

RG _____ CNS (Carteira Nacional de Saúde) _____ Parentesco _____

Nome do Dependente _____ CPF _____

3 Nome da Mãe _____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo M F

RG _____ CNS (Carteira Nacional de Saúde) _____ Parentesco _____

Nome do Dependente _____ CPF _____

4 Nome da Mãe _____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo M F

RG _____ CNS (Carteira Nacional de Saúde) _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE BENEFICIÁRIO TITULAR

Pelo presente Termo de Compromisso e Autorização para Desconto em Folha de Pagamento, _____ associado(a) à ANSERJUE, matrícula nº _____, órgão _____, autoriza o desconto mensal em folha de pagamento do valor relativo às mensalidades decorrentes de sua adesão e de seus respectivos dependentes, ao contrato de assistência odontológica firmado entre ANSERJUE e NACIONAL ODONTO OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 01.867.792/0001-69, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 30.444-1, de acordo com as condições estabelecidas no contrato acima mencionado, firmado em 1º de maio de 2023, no valor de R\$ _____ por beneficiário.

1. O associado declara que não omitiu informações que possam impactar na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, sendo verdadeiros os dados cadastrais e demais informações apresentadas neste "Termo de Compromisso";

2. O associado declara que leu e compreendeu o Guia de Leitura Contratual (GLC) e as Condições Gerais do Contrato de Assistência Odontológica, e que tem ciência que os mesmos estão disponíveis no portal da operadora www.clin.digital;

3. O associado compromete-se a manter atualizados seus dados cadastrais e dos dependentes, e fornecer cópias dos documentos que eventualmente forem solicitados pela operadora, para fins de comprovação das informações prestadas, nos termos da legislação vigente.

4. O associado tem ciência de que a renovação do contrato é automática, nos termos do art. 13 da Lei 9656/98, caso não haja manifestação em sentido contrário da parte desinteressada, com antecedência de 30(trinta) dias do término da vigência;

5. O associado tem ciência de que a inclusão de dependentes e agregados seguirá a mesma opção do plano do Titular;

6. O associado está ciente de que o valor da mensalidade individual será reajustado anualmente, conforme pactuado no Contrato de Plano Privado de Assistência Odontológica firmado entre ANSERJUE e Nacional Odonto Operadora;

Sem mais, subscrevo-me

_____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR