



Plano *ODONTO* Estética

**Plano Odontológico
Individual ou Familiar**



Conheça as características
gerais do seu plano

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Página
do contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano de saúde destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	4
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia; ambulatorial, odontológica e suas combinações.	4
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	-
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da abrangência nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupos de estados, grupos de municípios ou municipal.	4
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, que está previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	6
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, conforme previsto na legislação de saúde suplementar e na regulamentação da ANS, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.	7
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes (DLP) são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável tenha ciência de ser portador quando de seu ingresso no contrato.	8

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito às coberturas contratadas. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente descrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	7,8
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	7
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	9,10
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como a inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	12
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	12-13
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/ 1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei de regulamentação.	-

Para se informar sobre este e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, consulte a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800 701 9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 CEP: 20.021-040 - Glória
Rio de Janeiro/RJ



Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO

MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR

Contrato de Plano Odontológico - Plano Individual ou Familiar - que entre si fazem, de um lado, UNIODONTO REGIONAL COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, Operadora de Planos Exclusivamente Odontológicos, com sede no Município de Uberlândia, no Estado de Minas Gerais, na Avenida João XXIII, nº 697, - Santa Maria - CEP 38408-056, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 26.185.199/0001-63, registrada no Conselho Regional de Odontologia do Estado de Minas Gerais sob o n.º 1387 e na ANS sob o nº 34445-1 e classificada como Cooperativa Odontológica, daqui por diante denominada OPERADORA, e o CONTRATANTE, qualificado no Termo de Adesão, sendo Beneficiários somente as pessoas por este indicadas, regendo-se de acordo com as seguintes cláusulas:

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 1º - O presente contrato tem por objeto assegurar ao CONTRATANTE, assim como aos seus dependentes, se houver, assistência odontológica a ser oferecida pela OPERADORA através de serviços próprios e de sua rede credenciada, em plano a preço Pré-Estabelecido pelo sistema de Pré-Pagamento.

Parágrafo primeiro: O objeto do contrato é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma do plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/1998, visando à assistência odontológica com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 2º - É parte integrante deste contrato o Termo de Adesão.

Art. 3º - O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde gera direitos e obrigações individuais entre as partes, subordinando-se à Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002, sujeitando-se também às normas estatuídas na Lei Federal 9656/98, bem como as disposições da Lei 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

I - Poderá haver dificuldade de atendimento em determinadas cidades, devido à escassez de profissionais. Caso isso aconteça entre em contato com a Uniodonto, que indicará profissionais nas cidades mais próximas do seu domicílio.

II - É facultado à UNIODONTO MINAS alterar a área de atuação e os cooperados, por outros equivalentes, deixando as atualizações disponíveis no sítio e na sede da operadora, garantido ao beneficiário tudo o que legislação prevê neste caso.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 4º - São considerados “beneficiários titulares” quaisquer pessoas físicas capazes, inscritos regularmente a Receita Federal do Brasil, como tal para fins do presente contrato.

Art. 5º - São considerados “beneficiários dependentes”, o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade.

Parágrafo único - O filho adotivo de até 12 (doze) anos de idade, ao qual deverá ser considerado o período de carência já cumprido pelo beneficiário titular, nos termos da legislação vigente.

ANEXO I – TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS

Especialidade	ID	Nomenclatura
CIRURGIA	82000344	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS
CIRURGIA	30000013	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO NO SEIO MAXILAR
CIRURGIA	30101638	INCISAO E DRENAGEM DE FLEGMAO
CIRURGIA	30101786	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO
CIRURGIA	30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO
CIRURGIA	30101824	TRATAMENTO CIRURGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS
CIRURGIA	30201063	FRENOTOMIA LABIAL
CIRURGIA	30203015	FRENOTOMIA LINGUAL
CIRURGIA	30204038	EXERESE DE RANULA OU MUCOCELE
CIRURGIA	30204097	PLASTIA DE DUCTO SALIVAR OU EXERESE DE CALCULO OU DE RANULA SALIVAR
CIRURGIA	30208041	OSTEOTOMIAS SEGMENTARES DA MAXILA OU MALAR
CIRURGIA	30210127	EXERESE DE TUMOR BENIGNO - CISTO OU FISTULA
CIRURGIA	82000034	ALVEOLOPLASTIA
CIRURGIA	82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA
CIRURGIA	82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA
CIRURGIA	82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA
CIRURGIA	82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA
CIRURGIA	82000174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA
CIRURGIA	82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA
CIRURGIA	82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO
CIRURGIA	82000239	BIOPSIA DE BOCA
CIRURGIA	82000247	BIOPSIA DE GLANDULAR SALIVAR
CIRURGIA	82000255	BIOPSIA DE LABIO
CIRURGIA	82000263	BIOPSIA DE LINGUA
CIRURGIA	82000271	BIOPSIA DE MANDIBULA
CIRURGIA	82000280	BIOPSIA DE MAXILA
CIRURGIA	82000298	BRIDECTOMIA
CIRURGIA	82000301	BRIDOTOMIA
CIRURGIA	82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR
CIRURGIA	82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL
CIRURGIA	82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL

16

34 3228-8100 - Av Joao XXIII, 697 - B. Sta. Maria CNPJ: 26.185.199/0001-63

18

19

20

21

PROTESE DENTARIA	85400599	PLANEJAMENTO EM PROTESE
PRÓTESE DENTÁRIA	30000015	PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE - PLACA DE BRUXISMO
RADIOLOGIA	30000005	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA
RADIOLOGIA	30000012	TELERRADIOGRAFIA FRONTAL
RADIOLOGIA	81000367	RX MÃO E PUNHO - CARPAL
RADIOLOGIA	81000413	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRRAFIA) COM TRAÇADO PARA IMPLANTES
RADIOLOGIA	81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO
RADIOLOGIA	40801160	RX ARCADA DENTARIA (POR ARCADA)
RADIOLOGIA	81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (EXAME RADIOLÓGICO)
RADIOLOGIA	81000324	RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR
RADIOLOGIA	81000340	RX DA ATM
RADIOLOGIA	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE WING
RADIOLOGIA	81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL
RADIOLOGIA	81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA /MAXILA (ORTOPANTOMOGRRAFIA)
RADIOLOGIA	81000421	RX PERIAPICAL
RADIOLOGIA	81000430	RX POSTERO ANTERIOR
RADIOLOGIA	81000561	RADIOGRAFIA LATERAL DO CORPO DA MANDIBULA
RADIOLOGIA	81000570	TECNICA DE LOCALIZAÇÃO RADIOGRAFICA

ANEXO I - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercializa plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.956/1998.

A cobertura para acidente de trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Apointa para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir toda as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas da abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de planos de saúde, o beneficiário deve contratar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021/040
Rio de Janeiro - RJ



O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Anexo I

Operadora: Uniodonto Regional Cooperativa Odontológica
CNPJ: 26.185.199/0001-63
Nº de registro na ANS: 34445-1
Site: www.uniodontotouberlandia.com.br
Tel: (34) 3228-8100



Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de planos de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público(coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES		PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com 30 participantes ou mais	é permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Com menos de 30 participantes	
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CTP é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLPs não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo, na forma prevista pela RNº 162/2007.	Coletivo Empresarial	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
			Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
			Coletivo por Adesão	
				É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporário (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO				
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.			Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contato e atendendo à RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.			
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.			A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.			Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuidade da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da Condição de Beneficiário nos Planos Coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos Artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos Planos Coletivos Empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido

ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um gozo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em novo emprego ou cargo.



Sede / Radiologia: 34 3228-8100 | 34 99672-7389
📍 Av. João XXIII, 697 - B. Santa Maria - Uberlândia - MG
🌐 www.uniodontominas.com.br | 📱 @UniodontoMinas

uniodonto'
Minas