

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
COLETIVO EMPRESARIAL**

Odonto System Planos Odontológicos LTDA.
CNPJ: 23.595.762/0001-83

CONTRATANTE				
Razão Social				
Nome fantasia			CGF	
CNPJ		Inscrição Municipal		
End. Comercial			Complemento	
Bairro		Cidade		UF
CEP				
Telefone		Fax		E-mail
Representante legal (Nome completo)				Data de nascimento
Telefone		Celular		CPF
E-mail		Número mínimo de usuários		Quantidade de funcionários
Data do vencimento da fatura (Por extenso)				Data do 1º vencimento
REPRESENTANTE (CONTRATADA)				
Nome				Código
Substituto Tributário: () Sim () Não () Outros _____				
Observações:				
1- Procedimentos em co-participação não estão sujeitas à carência;				
2- Cobertura do Kit ortodôntico, exceto procedimentos/atos inseridos no rol da ANS, somente mediante assinatura de contrato de ortodontia.				
3- Demais _____				

PRODUTO CONTRATADO (MARQUE O PLANO ESCOLHIDO)				
Plano escolhido	Registro na ANS Nº	Nome Comercial Plano	Tipo de Contratação	Vigência (meses)
	466231128	Prevenção I	Coletivo Empresarial	
	465373114	Prevenção e Saúde Especial I	Coletivo Empresarial	
	466220122	Prevenção e Saúde Especial/Todas as Resinas I	Coletivo Empresarial	
x	465372116	Prevenção e Saúde Integral I	Coletivo Empresarial	24
	466208123	Executivo I	Coletivo Empresarial	
	466223127	Executivo com Prótese I	Coletivo Empresarial	
	463984117	Plano Premium I	Coletivo Empresarial	
	466212121	Plano VIP I	Coletivo Empresarial	

CARÊNCIAS

Grupo	Prazo
Urgência	-----
Prevenção	-----
Clínico	-----
Endodontia	-----
Cirurgia	-----
Prótese	-----
Periodontia	-----

* Cumprindo os requisitos normativos da CLÁUSULA IX - PERÍODOS DE CARÊNCIA, não será exigido o cumprimento dos períodos de carências.

Valor unitário do plano:

- R\$ _____, ____ (_____) por beneficiário titular.
- R\$ _____, ____ (_____) por beneficiário dependente.

Integra o presente formulário de adesão as cláusulas e condições contratuais e o anexo de cobertura contratual.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas e anexos.

(cidade) _____ (UF) _____, (dia) _____ de (mês) _____ de (ano) _____.

ODONTO SYSTEM

CONTRATANTE
Testemunhas:

 1ª Testemunha

Nome:

CPF/MF:

 2ª Testemunha

Nome:

CPF/MF: