

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COLETIVO

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

PROPOSTA DE ADMISSÃO

CONTRATANTE			
Razão Social			
Nome fantasia		CGF <input type="text"/>	
CNPJ		Inscrição Municipal	
End. Comercial		Complemento <input type="text"/>	
Bairro		Cidade	UF CEP
Telefone	Fax <input type="text"/>	E-mail	
Representante legal (Nome completo)			Data de nascimento
Telefone <input type="text"/>	Celular		CPF
E-mail		Número mínimo de usuários	Quantidade de funcionários
Data do vencimento da fatura (Por extenso)			Data do 1º vencimento
Tipo de Contratação			
<input type="checkbox"/> Coletivo Empresarial *Beneficiários vinculados à pessoa jurídica com relação celetista ou estatutária. <input type="checkbox"/> Coletivo por Adesão *Beneficiários vinculados à pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.			
REPRESENTANTE (CONTRATADA)			
Nome:			Código <input type="text"/>
Substituto Tributário: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outros _____			
Observações:			
1- Procedimentos em co-participação não estão sujeitas à carência. 2- É vedado ao beneficiário a substituição de restaurações sem indicação técnica para fins exclusivamente estéticos. 3- Cobertura do Kit ortodôntico, exceto procedimentos/atos inseridos no rol da ANS, somente mediante assinatura do contrato de ortodontia. 4- Demais:			
PRODUTO CONTRATADO (MARQUE O PLANO ESCOLHIDO)			
Plano escolhido	Registro na ANS Nº	Nome Comercial Plano	Vigência (meses)
<input type="checkbox"/>	472995141	Proteção Odontológica Integral	
<input type="checkbox"/>	466231128 - 466230120	Prevenção	
<input type="checkbox"/>	465373114 - 466209121	Prevenção e Saúde Especial	
<input type="checkbox"/>	466220122 - 466218121	Prevenção e Saúde Especial/Todas as Resinas	
<input type="checkbox"/>	465372116 - 466216124	Prevenção e Saúde Integral	
<input type="checkbox"/>	466208123 - 457075088	Executivo	
<input type="checkbox"/>	466223127 - 466225123	Executivo com Prótese	
<input type="checkbox"/>	463984117	Plano Premium	
<input type="checkbox"/>	466212121 - 466210125	Plano VIP	

CARÊNCIAS			
Grupo	Prazo		Grupo
Urgência	24 horas		Endodontia
Prevenção	30 dias		Cirurgia
Clínico	30 dias		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.

A **CONTRATANTE** declara ter ciência prévia de todos os termos e condições do CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COLETIVO, registrado no 1º Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas de Maracanaú/CE, Cartório Albuquerque, Microfilmado em 09/03/2015 sob o nº 438104 e Microfilmado em 10/07/2014 sob o nº 431294, cópia devidamente entregue à **CONTRATANTE** neste ato.

A **CONTRATANTE** declara, ainda, anuir:

- os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são pré-estabelecidos;
- ter ciência que as Condições Gerais deste Contrato e todos os seus anexos estão disponíveis também no portal corporativo da ODONTO SYSTEM: <https://home.odontosystem.com.br/kit-boas-vindas/>
- ter ciência que a relação de substituições de prestadores ocorridas na rede credenciada poderá ser consultada no portal da CONTRATADA (<https://home.odontosystem.com.br/>) na aba “Atualização da Rede Credenciada” ou na sua Central de Atendimento ao Cliente;
- com todos os procedimentos odontológicos cobertos, cobertos mediante co-participação e não cobertos pelo plano odontológico efetivamente contratado através da presente adesão;
- manter os dados cadastrais atualizados dos beneficiários que aderirem a qualquer do plano odontológico contratados.

Declaro, outrossim, ser representante legal da **CONTRATANTE**, estando habilitado a assumir as obrigações ora estabelecidas e a assegurar a veracidade das informações contidas na presente PROPOSTA DE ADMISSÃO que é parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica Coletivo.

Integra o presente formulário de adesão às cláusulas e condições contratuais e o anexo de cobertura contratual, estando os referidos documentos também disponibilizados no site www.odontosystem.com.br.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em 02 (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

1ª Testemunha

Nome:

CPF/MF:

2ª Testemunha

Nome:

CPF/MF:

Contratos encontram-se registrados no 1º Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas de Maracanaú/CE, Cartório Albuquerque, Microfilmado em 09/03/2015 sob o nº 438104 e Microfilmado em 10/07/2014 sob o nº 431294.