



Contratação de Plano Odontológico PME

PLANOS CONTRATADOS

Plano

Número da proposta: APP000004358504

Título: Master PME 100 Rede: UNNA Tipo: Mensal Valor: R\$ 72,64

Total: R\$ 0,00 Quantidade Titulares: 0 Quantidade Dependentes: 0

CARÊNCIA: Carência de 90 dias para Próteses e Ortodontia, exceto para os beneficiários inscritos nos primeiros 30 (trinta), 60 (sessenta) ou 90 (noventa) dias (conforme condição contratual) de sua vinculação/admissão, em contratos com 30 (trinta) ou mais vidas, que não terão carência para os procedimentos de Prótese.

Plano

Número da proposta: APP000004358504

Título: Integral DOC PME 100 Rede: UNNA Tipo: Mensal Valor: R\$ 13,00

Total: R\$ 1.300,00 Quantidade Titulares: 40 Quantidade Dependentes: 60

CARÊNCIA: * Carência de 90 dias para Próteses e Ortodontia, exceto para os beneficiários inscritos nos primeiros 30 (trinta), 60 (sessenta) ou 90 (noventa) dias (conforme condição contratual) de sua vinculação/admissão, em contratos com 30 (trinta) ou mais vidas, que não terão carência para os procedimentos de Prótese.

Total da Proposta: R\$ 1.300,00 **Total de Vidas:** 100

DADOS DA CORRETORA

Corretor(a) Adriana de Arruda Faria	Corretora AF SAUDE BENEFICIOS
---	---

DADOS DA EMPRESA

CNPJ 49.161.821/0001-07	Razão social SINDICATO DOS TRABALHADORES TECNICO- ADMINISTRATIVOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO CARLOS	Nome fantasia SINTUFSCAR
Ramo de atividade Entidade Sindical	Representante legal vania helena goncalves	CPF
Telefone (16) 3361-7014	Celular (16) 99755-4464	E-mail planosdesaude@sintufscar.org .br

ENDEREÇO DA EMPRESA

CEP 13565800		
Endereço V WASHINGTON LUIZ	Número SN	Complemento KM 235
Bairro MONJOLINHO	Cidade SAO CARLOS	Estado SP

DATAS CONTRATUAIS

Data de vencimento da fatura 15/11/2021	Data Prevista* de Corte da Movimentação 05	Previsão de Início da Vigência 15/11/2021
---	--	---

*a data de vigência da empresa pode ser alterada caso o primeiro boleto seja quitado com antecedência (a data de pagamento será a nova data de vigência e a data corte da movimentação sempre será 10 dias antes do vencimento)

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

A partir de 100 Beneficiários

A **CONTRATANTE** declara ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, cuja cópia neste ato recebe, e declara estar de acordo com todos os seus termos e condições, principalmente, mas não limitado ao que segue:

- a) ser o presente Contrato Coletivo Empresarial regido pelo sistema de pré-pagamento, onde o pagamento integral do valor devido ocorre no mesmo mês de competência;
- b) cumprir as regras para que o presente Contrato se torne válido para as partes, conforme estabelecido no item **18.1**, das Condições Gerais deste Contrato;
- c) ser a única responsável perante a **ODONTOPREV** pelo pagamento integral das Notas Fiscais/Faturas emitidas, aceitando, desde já, como valor mínimo a ser faturado, o equivalente a 03 (três) **BENEFICIÁRIOS** inscritos no **PLANO DE BENEFÍCIOS** por mês de competência;
- d) ser a única responsável perante a **ODONTOPREV** pela observância das exigências estabelecidas no item **2.1.5**, das Condições Gerais do Contrato para caracterização de **BENEFICIÁRIO**, quer **TITULAR**, quer **DEPENDENTE**, quer **AGREGADO** comprometendo-se a encaminhar os respectivos comprovantes à **ODONTOPREV**, sempre que por esta assim solicitado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias de tal solicitação;
- e) manter o cadastro de todos os **BENEFICIÁRIOS** que tenham aderido a qualquer dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** devidamente atualizado;
- f) ser a única responsável pelo recolhimento e inutilização das carteiras de identificação de todos os Beneficiários que solicitem a exclusão do **PLANO DE BENEFÍCIOS**;
- g) observar todas as datas e condições de movimentação cadastral, de apuração e de pagamento das faturas devidas;
- h) observar todos os procedimentos odontológicos cobertos e não cobertos pelos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** efetivamente contratados através deste Contrato;
- i) conhecer as condições de utilização dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** pelos **BENEFICIÁRIOS**, bem como das responsabilidades advindas de sua má-utilização;
- j) conhecer as condições e formas de reajustes das Contribuições Mensais, estabelecidas no Capítulo 15, das Condições Gerais do Contrato;
- k) ter ciência que as Condições Gerais deste Contrato e todos os seus Anexos estão disponíveis no Portal: www.odontoprev.com.br/pme.
- l) ter ciência que a relação contendo as substituições de prestadores ocorridas na rede

credenciada nos últimos 180 (cento e oitenta) dias poderá ser consultada no portal da CONTRATADA (www.odontoprev.com.br) ou na sua Central de Atendimento e Relacionamento.

"Declaro, outrossim, ser representante legal da **CONTRATANTE**, estando habilitado a assumir as obrigações ora estabelecidas e assegurar a veracidade das informações contidas na presente **PROPOSTA CONTRATUAL** que é parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, registrado no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sob o n.º **1.627.430**, tendo o Plano **INTEGRAL DOC LE** registro na ANS com a nomenclatura de **Plano INTEGRAL DOC CELE PME** sob o n.º **468398/13-6** e o **Plano MASTER LE** registro na ANS com a nomenclatura de **Plano MASTER CELE PME** sob o n.º **471.915/14-8**. E, por estarem justas e contratadas, celebram as partes o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo indicadas."

©OdontoPrev. S/A - CNPJ: 58.119.199/0001-51

Av. Marcos Pentead de Ulhoa Rodrigues, 939 - 14 andar - Edifício Jatobá - Torre 2 - Barueri - SP - CEP 06460-040

OdontoPrev - CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti - CRO/SP nº 19009



ANS nº 30194-9