

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL A PARTIR DE 3 BENEFICIÁRIOS



Proposta Contratual

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE				
NOME FANTASIA			RAMO DE ATIVIDADE	
ENDEREÇO COMPLETO			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO		UF	CEP
CNPJ/ MF		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL		
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL		NOME COMPLETO DO CONTATO NA EMPRESA		
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE DO INDICADO ACIMA)			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO		UF	CEP

DADOS DA CONTRATANTE

PLANOS	CONTRIBUIÇÃO MENSAL	FORMA DE CONTRIBUIÇÃO	TOTAL DE BENEFICIÁRIOS	U.O	SUB-TOTAL	TOTAL	
INTEGRAL DOC LE*	() R\$ 24,93	não contributária (compulsória)		0,40			
	() R\$ 37,82	contributária (livre adesão)		0,40			
MASTER LE**	() R\$ 101,10 (Master1)	não contributária (compulsória)		0,40			
	() R\$ 152,45 (Master3)			1,73			
	() R\$ 175,98 (Master4)			2,31			
	() R\$ 201,53 (Master5)			2,89			
	() R\$ 229,22 (Master6)			3,47			
	() R\$ 350,17 (Master8)			4,62			
	() R\$ 119,48 (Master1)		contributária (livre adesão)		0,40		
	() R\$ 180,17 (Master3)				1,73		
() R\$ 207,98 (Master4)		2,31					
() R\$ 238,17 (Master5)		2,89					
() R\$ 270,90 (Master6)		3,47					
() R\$ 413,84 (Master8)		4,62					

DADOS DO PLANO

VENDA	MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL	INÍCIO DE VIGÊNCIA	VENCIMENTO DA FATURA
() de 01 a 10	15	25/___/___	25
() de 11 a 20	25	05/___/___	05
() de 21 a 30	05	15/___/___	15

REAJUSTE ANUAL PELO IPCA / IBGE E REVISÕES PERIÓDICAS PELO PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE 60% (SESSENTA POR CENTO)

PRAZO PARA DENÚNCIA / CANCELAMENTO DO CONTRATO 90 (NOVENTA) DIAS ANTES DO TÉRMINO DO PERÍODO VIGENTE

PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO 24 (VINTE E QUATRO) MESES

PLANO INTEGRAL DOC CELE PME - VALOR DA UNIDADE ODONTOLÓGICA (U.O.) PARA A TABELA DE REEMBOLSO - R\$ 0,40 (QUARENTA CENTAVOS DE REAL).
PLANO MASTER CELE PME - VALOR DA UNIDADE ODONTOLÓGICA (U.O.) PARA A TABELA DE REEMBOLSO - CONFORME ESCOLHIDA ACIMA.

NOME DO ANGARIADOR:		CORRETORA:	
TELEFONE:	CELULAR:	E-MAIL:	

ANGARIADOR

LOCAL E DATA: _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE:

1. _____ 2. _____
Nome: _____ Nome: _____
Cargo: _____ Cargo: _____

TESTEMUNHAS:

1. _____ 2. _____

FORMALIZAÇÃO

* Carência de 90 dias para Próteses, 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.

** 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 e Ortodontia.

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
A partir de 03 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 o envio dos documentos constantes na alínea 13.2.1 das Condições Gerais deste Contrato deverá ser feito para o seguinte endereço: **Avenida Marcos Penteadado de Uihôa Rodrigues, nº 939, 14º andar, Ed. Jatobá – Tamboré - CEP 06460-040 - Barueri - SP.**
- l) ter ciência que as Condições Gerais deste Contrato e todos os seus Anexos estão disponíveis no Portal: **www.odontoprev.com.br/pme.**
- m) 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 a 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 **1.346.789**, 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.”

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO
Proposta Contratual - devidamente assinada e sem rasuras
Contrato Social e última alteração - fotocópia
Cartão CNPJ - fotocópia

Endereço de envio: A/C Central de Implantação PME
Avenida Marcos Penteadado de Uihôa Rodrigues, nº 939, 14º andar, Ed. Jatobá
Tamboré - CEP 06460-040 - Barueri - SP

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE:

1. _____

2. _____

Nome:
Cargo:

Nome:
Cargo:

TESTEMUNHAS:

1. _____

2. _____

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL A PARTIR DE 3 BENEFICIÁRIOS



Proposta Contratual

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE

NOME FANTASIA		RAMO DE ATIVIDADE			
ENDEREÇO COMPLETO				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP		
CNPJ/ MF		INSCRIÇÃO ESTADUAL			
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL			
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL		NOME COMPLETO DO CONTATO NA EMPRESA			
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE DO INDICADO ACIMA)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP		

DADOS DA CONTRATANTE

PLANOS	CONTRIBUIÇÃO MENSAL	FORMA DE CONTRIBUIÇÃO	TOTAL DE BENEFICIÁRIOS	U.O	SUB-TOTAL	TOTAL
INTEGRAL DOC LE*	() R\$ 24,93	não contributária (compulsória)		0,40		
	() R\$ 37,82	contributária (livre adesão)		0,40		
MASTER LE**	() R\$ 101,10 (Master1)	não contributária (compulsória)		0,40		
	() R\$ 152,45 (Master3)			1,73		
	() R\$ 175,98 (Master4)			2,31		
	() R\$ 201,53 (Master5)			2,89		
	() R\$ 229,22 (Master6)			3,47		
	() R\$ 350,17 (Master8)			4,62		
MASTER LE**	() R\$ 119,48 (Master1)	contributária (livre adesão)		0,40		
	() R\$ 180,17 (Master3)			1,73		
	() R\$ 207,98 (Master4)			2,31		
	() R\$ 238,17 (Master5)			2,89		
	() R\$ 270,90 (Master6)			3,47		
	() R\$ 413,84 (Master8)			4,62		

DADOS DO PLANO

VENDA	MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL	INÍCIO DE VIGÊNCIA	VENCIMENTO DA FATURA
() de 01 a 10	15	25/___/___	25
() de 11 a 20	25	05/___/___	05
() de 21 a 30	05	15/___/___	15

REAJUSTE ANUAL PELO IPCA / IBGE E REVISÕES PERIÓDICAS PELO PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE 60% (SESSENTA POR CENTO)

**PRAZO PARA DENÚNCIA / CANCELAMENTO DO CONTRATO
90 (NOVENTA) DIAS ANTES DO TÉRMINO DO PERÍODO VIGENTE**

**PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO
24 (VINTE E QUATRO) MESES**

PLANO INTEGRAL DOC CELE PME - VALOR DA UNIDADE ODONTOLÓGICA (U.O.) PARA A TABELA DE REEMBOLSO - R\$ 0,40 (QUARENTA CENTAVOS DE REAL).
PLANO MASTER CELE PME - VALOR DA UNIDADE ODONTOLÓGICA (U.O.) PARA A TABELA DE REEMBOLSO - CONFORME ESCOLHIDA ACIMA.

NOME DO ANGARIADOR:		CORRETORA:	
TELEFONE:	CELULAR:	E-MAIL:	

ANGARIADOR

LOCAL E DATA: _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE:

1. _____	2. _____
Nome:	Nome:
Cargo:	Cargo:

TESTEMUNHAS:

1. _____	2. _____
----------	----------

FORMALIZAÇÃO

* Carência de 90 dias para Próteses, 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.

** 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 e Ortodontia.

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
A partir de 03 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 o envio dos documentos constantes na alínea 13.2.1 das Condições Gerais deste Contrato deverá ser feito para o seguinte endereço: **Avenida Marcos Penteadado de Uihôa Rodrigues, nº 939, 14º andar, Ed. Jatobá – Tamboré - CEP 06460-040 - Barueri - SP.**
- l) ter ciência que as Condições Gerais deste Contrato e todos os seus Anexos estão disponíveis no Portal: **www.odontoprev.com.br/pme.**
- m) 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 a 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 **1.346.789**, 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.”

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO
Proposta Contratual - devidamente assinada e sem rasuras
Contrato Social e última alteração - fotocópia
Cartão CNPJ - fotocópia

Endereço de envio: A/C Central de Implantação PME
Avenida Marcos Penteadado de Uihôa Rodrigues, nº 939, 14º andar, Ed. Jatobá
Tamboré - CEP 06460-040 - Barueri - SP

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE:

1. _____

2. _____

Nome:
Cargo:

Nome:
Cargo:

TESTEMUNHAS:

1. _____

2. _____

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL A PARTIR DE 3 BENEFICIÁRIOS



Proposta Contratual

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE

NOME FANTASIA		RAMO DE ATIVIDADE			
ENDEREÇO COMPLETO				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP		
CNPJ/ MF		INSCRIÇÃO ESTADUAL			
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL			
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL		NOME COMPLETO DO CONTATO NA EMPRESA			
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE DO INDICADO ACIMA)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP		

DADOS DA CONTRATANTE

PLANOS	CONTRIBUIÇÃO MENSAL	FORMA DE CONTRIBUIÇÃO	TOTAL DE BENEFICIÁRIOS	U.O	SUB-TOTAL	TOTAL
INTEGRAL DOC LE*	() R\$ 24,93	não contributária (compulsória)		0,40		
	() R\$ 37,82	contributária (livre adesão)		0,40		
MASTER LE**	() R\$ 101,10 (Master1)	não contributária (compulsória)		0,40		
	() R\$ 152,45 (Master3)			1,73		
	() R\$ 175,98 (Master4)			2,31		
	() R\$ 201,53 (Master5)			2,89		
	() R\$ 229,22 (Master6)			3,47		
	() R\$ 350,17 (Master8)			4,62		
MASTER LE**	() R\$ 119,48 (Master1)	contributária (livre adesão)		0,40		
	() R\$ 180,17 (Master3)			1,73		
	() R\$ 207,98 (Master4)			2,31		
	() R\$ 238,17 (Master5)			2,89		
	() R\$ 270,90 (Master6)			3,47		
	() R\$ 413,84 (Master8)			4,62		

DADOS DO PLANO

VENDA	MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL	INÍCIO DE VIGÊNCIA	VENCIMENTO DA FATURA
() de 01 a 10	15	25/___/___	25
() de 11 a 20	25	05/___/___	05
() de 21 a 30	05	15/___/___	15

REAJUSTE ANUAL PELO IPCA / IBGE E REVISÕES PERIÓDICAS PELO PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE 60% (SESSENTA POR CENTO)

**PRAZO PARA DENÚNCIA / CANCELAMENTO DO CONTRATO
90 (NOVENTA) DIAS ANTES DO TÉRMINO DO PERÍODO VIGENTE**

**PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO
24 (VINTE E QUATRO) MESES**

PLANO INTEGRAL DOC CELE PME - VALOR DA UNIDADE ODONTOLÓGICA (U.O.) PARA A TABELA DE REEMBOLSO - R\$ 0,40 (QUARENTA CENTAVOS DE REAL).
PLANO MASTER CELE PME - VALOR DA UNIDADE ODONTOLÓGICA (U.O.) PARA A TABELA DE REEMBOLSO - CONFORME ESCOLHIDA ACIMA.

NOME DO ANGARIADOR:		CORRETORA:	
TELEFONE:	CELULAR:	E-MAIL:	

ANGARIADOR

LOCAL E DATA: _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE:

1. _____ 2. _____

Nome: _____ Nome: _____
Cargo: _____ Cargo: _____

TESTEMUNHAS:

1. _____ 2. _____

FORMALIZAÇÃO

* Carência de 90 dias para Próteses, 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.

** 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 e Ortodontia.

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
A partir de 03 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 o envio dos documentos constantes na alínea 13.2.1 das Condições Gerais deste Contrato deverá ser feito para o seguinte endereço: **Avenida Marcos Penteadado de Uihôa Rodrigues, nº 939, 14º andar, Ed. Jatobá – Tamboré - CEP 06460-040 - Barueri - SP.**
- l) ter ciência que as Condições Gerais deste Contrato e todos os seus Anexos estão disponíveis no Portal: **www.odontoprev.com.br/pme.**
- m) 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 a 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 **1.346.789**, 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.”

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO
Proposta Contratual - devidamente assinada e sem rasuras
Contrato Social e última alteração - fotocópia
Cartão CNPJ - fotocópia

Endereço de envio: A/C Central de Implantação PME
Avenida Marcos Penteadado de Uihôa Rodrigues, nº 939, 14º andar, Ed. Jatobá
Tamboré - CEP 06460-040 - Barueri - SP

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE:

1. _____

2. _____

Nome:
Cargo:

Nome:
Cargo:

TESTEMUNHAS:

1. _____

2. _____