

Declaro ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato do Plano da **UNIODONTO DE JACAREÍ COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICO**, registrado na ANS sob n.º **411.398/99-5** que estabelece em linguagem clara e simples todos os direitos e obrigações contratuais, as formas e condições de utilização do Plano, os limites de cobertura, os procedimentos para obtenção de autorizações prévias, e as informações sobre os recursos disponibilizados pela OPERADORA para verificação dos dentistas integrantes da Rede Credenciada.

Declaro, ainda:

- a)** ter conhecimento do Manual de Orientação para Contratação do Plano;
- b)** ter conhecimento do Guia de Leitura Contratual;
- c)** serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim inseridos na presente Proposta de Adesão e as demais informações prestadas à OPERADORA para os fins da execução do presente Contrato;
- d)** ser o devedor das parcelas e das demais obrigações decorrentes do Plano de Benefícios que agora subscrevo, conforme meio de pagamento optado no item “FORMAS DE PAGAMENTO” desta Proposta;
- e)** ter ciência que em caso de não pagamento das devidas parcelas no meio de pagamento escolhido na adesão, a cobrança do Plano Odontológico será efetuada via boleto bancário;
- f)** reconhecer que a eventual redução e/ou isenção dos prazos de carência não alteram as demais condições e coberturas do Contrato;
- g)** ter ciência de que o prazo de vigência deste Contrato é de 12 (doze) meses, com início a partir do aceite da Proposta de Adesão e de que contarei com períodos de carência (contados da data de início de vigência) de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, 90 (noventa) dias para os procedimentos de prótese, 60 (sessenta) dias para os procedimento de endodontia e 30 (trinta) dias para os demais procedimentos cobertos pelo plano contratado;
- h)** ter ciência de que no ato do aceite da Proposta de Adesão, deverei pagar a mensalidade calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos. As parcelas mensais subsequentes a primeira terão como data de vencimento o mesmo dia da data de aceite da Proposta de Adesão;
- i)** ter conhecimento de que para os fins do presente Plano são considerados Dependentes: cônjuge ou filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), dependentes economicamente do Contratante, conforme legislação do IR, e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos, ou com até 24 (vinte e quatro) anos, se estiverem freqüentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade;
- j)** ter conhecimento de que em caso de dúvidas sobre o Plano ou consulta à Rede Credenciada, deverei entrar em contato com a Central de Atendimento e Relacionamento: **(12) 3952-8859**, disponível **5** dias por semana das **8h00** as **18h00** horas;

**k)** estar ciente de que poderei consultar a Rede Credenciada também através do site [www.uniodontojac.com.br](http://www.uniodontojac.com.br) ;

**l)** 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.uniodontojac.com.br](http://www.uniodontojac.com.br)) ou na sua Central de Atendimento.

**m)** ser responsável perante a OPERADORA pelos atos de todos os Beneficiários por mim inscritos na presente Proposta;

**n)** poderá a OPERADORA, em caso de inadimplência, para a cobrança de seus créditos, nos termos da lei, inscrever o nome do Contratante em banco de dados cadastrais de Serviços de Proteção ao Crédito;

**o)** ter conhecimento de que os Beneficiários Dependentes, incluídos no momento da adesão do Titular ou em data posterior, obedecerão as mesmas regras descritas no contrato e previstas para o Beneficiário Titular do Plano Odontológico;

**p)** ter conhecimento de que eventuais acréscimos de cobertura decorrentes de norma da ANS, salvo disposição expressamente impeditiva, integrarão automaticamente o Contrato;

**q)** o responsável financeiro será responsável exclusivamente pela autorização do débito das parcelas de acordo com a opção de pagamento escolhida;

**r)** ter ciência de que ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifestação de minha parte, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será renovado, por prazo indeterminado, sendo vedada no ato da renovação a recontagem de carências e a cobrança de taxa ou qualquer outro valor; os reajustes serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**s)** ter ciência caso o titular do contrato seja menor de 18 anos, o CONTRATANTE assume a responsabilidade legal pelo menor de idade.

**t)** tenho ciência que se o pagamento através do cartão de crédito informado na proposta de adesão não for aprovado pela administradora do cartão, a adesão ao plano não será efetivada;

**u)** ter conhecimento de que a forma de pagamento, caso seja opção cartão de crédito, os encargos devidos em caso de atraso, falta ou pagamento parcial da fatura de cartão de crédito, obedecerão as regras descritas no contrato do cartão de crédito.