

Qualificação da operadora

UNIODONTO DE JACAREÍ COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICO, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.531.736/0001-96 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 34.305-6, com sede na Avenida Major Acácio Ferreira nº 670, Jardim Leonídia, Jacareí, SP, neste ato por sua Presidente, Dra. Glória de Fátima Chaves, e sua Superintendente, Dra. Rúbia Maria Leite de Souza, doravante denominada **UNIODONTO**.

Qualificação do Contratante

nome _____, nacionalidade _____, filho(a) de
nome da mãe _____ e nome do
pai _____, nascido(a) em dia ____ de mês ____ de ano _____,
inscrito(a) no CPF/MF nº _____ e portador(a) da cédula de identidade
nº _____ expedido por _____ órgão expedidor _____, domiciliado(a) na
endereço _____ nº _____, complemento _____,
bairro _____, cidade _____, UF _____, CEP _____,
email _____ **doravante denominado (a) CONTRATANTE.**

Dados do Representante legal

Relação com o contratante: () Pai () Mãe () Tutor () Curador		
Nome:		
Nº do CPF:		
Nº identidade:	Órgão expedidor:	
Endereço:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	CEP.:
Tel:	Celular(es):	
Email:	Nome da Mãe:	

- Se o contratante for menor de 16 anos quem assina o contrato é somente o pai/a mãe/o tutor:
- Se o contratante for menor de 18 e maior de 16 anos, o contrato é assinado pelo pai ou mãe ou tutor e também pelo menor.
- Se o contratante for maior, mas incapaz declarado judicialmente (ex: pessoas com deficiência mental) quem assina o contrato é somente o curador (que pode coincidir com o pai e a mãe).

Dados dos Dependentes

Relação com o contratante: () Filho(a) () Enteado(a) () Outros		
Nome:		Sexo: () Masc. () Fem.
Nº do CPF:	Nº identidade:	
Órgão expedidor:	Estado Civil:	Data de Nasc.: / /
Local de Atendimento:		Estado:
Nome do Pai:		Nome da Mãe:

Relação com o contratante: () Filho(a) () Enteado(a) () Outros		
Nome:		Sexo: () Masc. () Fem.
Nº do CPF:	Nº identidade:	
Órgão expedidor:	Estado Civil:	Data de Nasc.: / /
Local de Atendimento:		Estado:
Nome do Pai:		Nome da Mãe:

Relação com o contratante: () Filho(a) () Enteado(a) () Outros	
Nome:	Sexo: () Masc. () Fem.
Nº do CPF:	Nº identidade:
Órgão expedidor:	Estado Civil: Data de Nasc.: / /
Local de Atendimento:	Estado:
Nome do Pai:	Nome da Mãe:

Relação com o contratante: () Filho(a) () Enteado(a) () Outros	
Nome:	Sexo: () Masc. () Fem.
Nº do CPF:	Nº identidade:
Órgão expedidor:	Estado Civil: Data de Nasc.: / /
Local de Atendimento:	Estado:
Nome do Pai:	Nome da Mãe:

Relação com o contratante: () Filho(a) () Enteado(a) () Outros	
Nome:	Sexo: () Masc. () Fem.
Nº do CPF:	Nº identidade:
Órgão expedidor:	Estado Civil: Data de Nasc.: / /
Local de Atendimento:	Estado:
Nome do Pai:	Nome da Mãe:

Nome comercial e nº de registro do plano na ANS

Nome Comercial: **Plano Kids Prevent**
Registro de Produto ANS nº: **474.814/15-0**

Tipo de Contratação

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

Segmentação assistencial do plano de saúde

EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA

Área geográfica de abrangência do plano de saúde

GRUPO DE MUNICÍPIOS

Área de atuação do plano de saúde

Guararema, Igaratá, Jacareí, Santa Branca e Santa Isabel, todos no Estado de São Paulo.

Serviços e Coberturas Adicionais

Exclusivamente nos casos de urgência/emergência odontológica, o beneficiário poderá receber atendimento fora da área geográfica de abrangência, em todo o território nacional onde haja cirurgião-dentista cooperado a qualquer cooperativa do Sistema Nacional Uniodonto, assegurado o reembolso de despesas a este título nos limites e condições deste contrato (Vide item URGÊNCIA/EMERGÊNCIA).

Formação do Preço

Regime Misto de Pagamento

Preço

Inscrição por beneficiário inscrito	R\$
Mensalidade por beneficiário inscrito	R\$
Cobertura em pós-pagamento	Anexo I

Vencimento

Dia _____ (_____) de cada mês em () Boletim Bancário () Cartão de Crédito

Valor de Emissão de 2ª Via de Cartão de Identificação

R\$ _____, _____ (_____).

Declarações do Contratante

O CONTRATANTE declara:

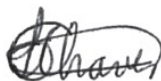
- ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, o que lhe permitiu a leitura integral das cláusulas, compreendendo-as integralmente.
- que foi oferecido um plano com cobertura mínima contemplando todo o rol de procedimentos odontológicos definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o regime de pré-pagamento, mas que por conveniência resolveu optar por este de regime misto de pagamento.
- que recebeu neste ato a segunda via desta proposta, do instrumento contratual, dos materiais informativos indicando a forma de utilização do plano e a rede prestadora e demais anexos citados no contrato.

****A presente proposta de adesão integra o contrato referente ao mesmo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar****

Jacareí, ____ de _____ de 201__.

CONTRATANTE:

UNIODONTO DE JACAREÍ COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICO



Dra. Glória de Fátima Chaves



Dra. Rúbia Maria Leite de Souza