

PROPOSTA DE ADESÃO
AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO
UNI ORTHO INDIVIDUAL - PLANO 486.258/20-9

CONTRATADA: UNIODONTO DE CAMPO GRANDE - SISTEMA NACIONAL DE COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS, inscrita no CNPJ sob N°03.511.888-0001/15 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob N° 34718-3, com sede na Rua Antônio Maria Coelho, N° 1463, Centro, Campo Grande/MS, neste ato representada por seu Presidente, Dr. Fernando Jaime Cavalli, CPF: 061.920.409-58 e RG: 94128110 SSP/PR e seu tesoureiro Dr. Danilo Rodrigues Breda, CPF: 002.502.131-17 e RG: 001610757 SSP/MS, conforme disposições do Estatuto Social, doravante denominada **UNIODONTO MS**.

CONTRATANTE:

TITULAR

_____nome____, _____nacionalidade____, filho(a) de _____ e _____, nascido(a) em ___ de ___ de _____, inscrito(a) no CPF/MF n° _____ e portador(a) da cédula de identidade n° _____ expedido por _____ órgão expedidor_____, domiciliado(a) na _____ n° _____, _____bairro____, _____cidade____, _____UF____, CEP:_____, Telefone:_____, (e-mail); CNS:_____, Estado civil:_____, **doravante denominado (a) CONTRATANTE.**

DEPENDENTES

Vínculo com o titular:
Nome:
N° do CPF:
N° identidade: _____ Órgão expedidor: _____
Data de Nasc.: / / _____ CNS: _____
Nome da mãe:

Vínculo com o titular:
Nome:
N° do CPF:
N° identidade: _____ Órgão expedidor: _____
Data de Nasc.: / / _____ CNS: _____
Nome da mãe:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL/RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Relação com o contratante: () Pai () Mãe () Tutor () Curador
Nome:
N° do CPF:
N° identidade: _____ Órgão expedidor: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____



Observações:

- 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 pelo menor.
- Se o **CONTRATANTE** for maior, mas incapaz declarado judicialmente (ex: pessoas com deficiência) quem assina o contrato é somente o curador (que pode coincidir com o pai e a mãe).

1. Características gerais do plano contratado:

Nome do Plano	UNI ORTHO INDIVIDUAL	
Registro do produto na ANS nº	486.258/20-9	
Tipo de Contratação	Individual ou Familiar	
Segmentação Assistencial	Exclusivamente odontológica	
Área de Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	
Área de Atuação	Alcinópolis, Anastácio, Aparecida do Taboado, Aquidauana, Bandeirantes, Bela Vista, Bodoquena, Bonito, Brasilândia, Camapuã, Campo Grande, Caracol, Cassilândia, Chapadão do Sul, Corguinho, Corumbá, Costa Rica, Coxim, Dois Irmãos do Buriti, Guia Lopes da Laguna, Inocência, Jaraguari, Jardim, Ladário, Miranda, Nioaque, Paranaíba, Paranhos, Pedro Gomes, Porto Murtinho, Ribas do Rio Pardo, Rio Negro, Rio Verde de Mato Grosso, Rochedo, Santa Rita do Pardo, Sonora, São Gabriel do Oeste, Terenos, Três Lagoas, Água Clara	
Formação do Preço	Pré-Estabelecido	
Mensalidade por beneficiário inscrito	Titular	R\$
Forma de Pagamento	Dependente	
	() boleto	
	() débito	
	() crédito	
Data de Pagamento:	() 5 () 10 () 15 () 20 () 30	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura extra rol: 	<p>Não se aplica () Se aplica (X) - Documentação Ortodôntica - Digial. (teleradiografia com 1 traçado, Raio X Panorâmico, Modelos de Estudos, 5 fotos, pasta Ortodôntica). Manutenção de Aparelho Ortodôntico – Aparelho Fixo – Metálico Tradicional Instalação aparelho ortodôntico – Metálico Tradicional.</p>	

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Os beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:



Rua Antônio Maria Coelho, 1463 – Centro – CEP 79002-221 – Campo Grande/MS (67) 3029-8040

www.uniodontoms.com.br

ANS - nº 34718-3

Procedimentos de:	Prazo Máximo Legal	Prazo Contratado
Urgência/Emergência	24 horas	24 horas
Diagnóstico	180 dias	30 dias
Condicionamento	180 dias	30 dias
Exames	180 dias	30 dias
Radiologia	180 dias	30 dias
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	30 dias
Dentística	180 dias	30 dias
Periodontia	180 dias	30 dias
Endodontia	180 dias	120 dias
Cirurgia	180 dias	90 dias
Prótese	180 dias	180 dias
Manutenção de Aparelho Ortodôntico – Aparelho Fixo – Metálico Tradicional.	180 dias	180 dias
Documentação Ortodôntica Digital (teleradiografia com 1 traçado, Raio X Panorâmico, Modelos de Estudos, 5 fotos, pasta Ortodôntica).	180 dias	180 dias
Instalação aparelho ortodôntico (Metálico Tradicional)	180 dias	180 dias

- O **CONTRATANTE** e seus dependentes declaram ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como o Guia de Leitura Contratual – GLC, que deverá ser disponibilizado a todos os beneficiários vinculados ao contrato.
- A presente proposta de adesão integra o contrato referente ao mesmo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- As Partes declaram e concordam em utilizar e reconhecer como válida a forma de comprovação de autoria e integridade aos termos ora acordados em formato eletrônico ou físico, mesmo que não utilizem de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória n. 2.200-2/2001. A formalização deste instrumento de maneira eletrônica ou física admitida nesta cláusula será suficiente para a validade, eficácia e integral vinculação das Partes às avenças nele contidas.

Campo Grande/MS, ____ de _____ de 202_.

UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL

Fernando Jaime Cavalli
Presidente



Rua Antônio Maria Coelho, 1463 – Centro – CEP 79002-221 – Campo Grande/MS (67) 3029-8040

www.uniodontoms.com.br

ANS - nº 34718-3

UNIODONTO MATO GROSSO DO SUL

Danilo Rodrigues Breda
Tesoureiro

CONTRATANTE

Contratante

(caso menor de idade, a partir de 16 anos completos até 17 anos e 11 meses)

