

**PROPOSTA DE ADESÃO  
AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO  
INDIVIDUAL FAMILIAR - PLANO 400.058/99-7**

**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	<b>PLANO REFERENCIAL - INDIVIDUAL</b>	
Registro do produto na ANS nº	<b>400.058/99-7</b>	
Tipo de Contratação	<b>Individual ou Familiar</b>	
Segmentação Assistencial	<b>Exclusivamente odontológica</b>	
Área de Abrangência Geográfica	<b>Municipal</b>	
Área de Atuação	<b>Campo – Grande/MS</b>	
Formação do Preço	<b>Pré-Estabelecido</b>	
Mensalidade por beneficiário inscrito	<b>Titular</b>	<b>R\$</b>
Forma de Pagamento	<b>Dependente</b>	
	<input type="checkbox"/> boleto	
	<input type="checkbox"/> débito	
	<input type="checkbox"/> crédito	
Data de Pagamento:	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30	
Cobertura extra rol	<b>Não se aplica (X)</b> <b>Se aplica ( )</b>	

**PERÍODOS DE CARÊNCIA**

Os beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

<b>Procedimentos de:</b>	<b>Prazo Máximo Legal</b>	<b>Prazo Contratado</b>
Urgência/Emergência	24 horas	<b>24 horas</b>
Diagnóstico	180 dias	<b>30 dias</b>
Condicionamento	180 dias	<b>30 dias</b>
Exames	180 dias	<b>30 dias</b>
Radiologia	180 dias	<b>30 dias</b>
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	<b>30 dias</b>
Dentística	180 dias	<b>30 dias</b>
Periodontia	180 dias	<b>30 dias</b>
Endodontia	180 dias	<b>90 dias</b>
Cirurgia	180 dias	<b>90 dias</b>
Prótese	180 dias	<b>180 dias</b>



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

[www.uniodontoms.com.br](http://www.uniodontoms.com.br)

ANS - nº 34718-3

- 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

---

**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)



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

[www.uniodontoms.com.br](http://www.uniodontoms.com.br)

ANS - nº 34718-3