

Proposta de Adesão

Ao Contrato de Plano de Saúde, denominado **Odont – Operadora Odontológica LTDA**, registrado na ANS sob nº **42208-8**

Vigência Mínima: 36 (trinta e seis) meses, conforme contrato nº

Qualificação da Operadora

Razão Social: **Odont – Operadora Odontológica LTDA**, Nome fantasia: **ODONT**, operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ/MF **34.907.159/0001-06**, registrada na Agência nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **42208-8** e classificada como Odontologia de Grupo, com sede na Alameda Santos, nº 1.357 – 9º andar, Jardim Paulista – São Paulo/SP, CEP 01419-001

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO

Tipo de Contratação: Coletivo Segmentação Assistencial: Odontológica
Empresarial

Fator Moderador: Sem Fator Área Geográfica de Abrangência: Nacional

Área de Atuação: Conforme contrato principal

Padrão de Acomodação em
Internação: Não Possui

PRODUTO e VALOR

- () STANDARD ESSENCIAL – R\$ 21,00 (Vinte e um reais) mensalidade
(X) ADVANCED CLAREAR – R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) mensalidade
() ADVANCED ORTO – R\$ 56,00 (cinquenta e seis reais) mensalidade

Serviços e Coberturas Adicionais: (X) Sim () Não

1. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE (AGLUTINADORA)

Razão Social: FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES COMERCIAIS E EMPRESARIAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nome Fantasia: **FACERJ** CNPJ:42.510.164/0001-09 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:

Endereço: RUA VISCONDE DE INHAÚMA Número: 134 Complemento: GRUPO 505

Bairro: CENTRO Município: RIO DE JANEIRO CEP: 20.091-007 UF: RJ

3. CONDIÇÕES GERAIS:

O Plano tratado neste instrumento é acertado pela **CONTRATANTE (AGLUTINADORA)** em epígrafe qualificada, nos termos da súmula 17/11 e do inciso I do art. 23 da RN195/09 e alterações da ANS, visando a reunião de pessoas jurídicas elegíveis em uma única contratação. Dessa forma, a **ADERENTE** qualificada no item 2, expressamente adere ao contrato do plano celebrado, ratificando em oportuno, todos os termos e condições acertadas pela **CONTRATANTE (AGLUTINADORA)**.

4. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE

Eu, **ADERENTE**, devidamente identificado no item 2 desta **PROPOSTA DE ADESÃO**, declaro que recebi, li, analisei, compreendi e discuti o teor dos documentos MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (**MPS**), GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (**GLC**) e o CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (**PLANO**), compreendendo o seu sentido e alcance e declaro expressamente minha concordância aos termos dos mesmos sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura ao final desta **PROPOSTA DE ADESÃO**. Declaro, por fim, que fora apresentada valores do plano, nos termos da regulamentação, sendo de responsabilidade da empresa aderente o pagamento do custeio do benefício. Declaro que as mensalidades serão reajustadas de acordo com a data de vigência do contrato principal, independente da data em que assinei a proposta de adesão. A data do pagamento da mensalidade será todo dia **5 (cinco) de cada mês**, conforme estabelecido no contrato principal.