

ITEM I CONTRATADA

DENTAL UNI Cooperativa Odontológica, cooperativa de 1º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob o nº 247, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência Odontológica, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 304484, registrada na Junta Comercial do Paraná sob o nº 4140000100-8 e cadastrada no CNPJ/MF sob o nº 78.738.101/0001-51, com sede na Rua Irmã Flávia Borlet, 197, Bairro Hauer, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, CEP 81630-170.

ITEM II CONTRATANTE

1. Razão Social

2. Nome Fantasia

3. CNPJ/MF

4. Inscrição Estadual

5. Inscrição Municipal

6. CNAE

7. Ramo de Atividade

ITEM III ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

1. Rua/Av:

2. Número

3. Complemento

4. Bairro

5. CEP

6. Cidade

7. UF

8. DDD + Telefone 1

9. DDD + Telefone 2

10. DDD + Celular

11. Pessoa de Contato

12. Setor / Função

13. E-mail

ITEM IV ENDEREÇO PARA FATURA

1. Rua/Av:

2. Número

3. Complemento

4. Bairro

5. Cidade

6. UF

7. CEP

8. E-mail para envio das faturas

ITEM V QUALIFICAÇÃO DAS PESSOAS QUE ASSINAM PELA CONTRATANTE

Qualificação 1:

1. Nome

2. Documento de Identificação

3. Orgão Emissor

4. UF

5. CPF/MF

6. Nacionalidade

7. Estado Civil

8. Profissão

9. Cargo na Empresa

Qualificação 2:

1. Nome

2. Documento de Identificação

3. Orgão Emissor

4. UF

5. CPF/MF

6. Nacionalidade

7. Estado Civil

8. Profissão

9. Cargo na Empresa

Qualificação 3:

1. Nome

2. Documento de Identificação

3. Orgão Emissor

4. UF

5. CPF/MF

6. Nacionalidade

7. Estado Civil

8. Profissão

9. Cargo na Empresa

ITEM VI REPRESENTANTE DE VENDAS

1. Razão Social

2. CNPJ/MF

3. Dados do Vendedor

ITEM VII TIPO DE CONTRATAÇÃO**Coletivo Empresarial (CE):** O vínculo dos beneficiários titulares com a pessoa jurídica contratante é por relação empregatícia ou estatutária de acordo com a legislação vigente.**Coletivo por Adesão (CA):** O vínculo dos beneficiários titulares com a pessoa jurídica contratante é de caráter profissional, classista ou setorial de acordo com a legislação vigente.**ITEM VIII PLANO CONTRATADO x ÁREA DE ATUAÇÃO (PREENCHIMENTO INTERNO DENTAL)****Grupo de MUNICÍPIOS - DENTAL UNI CE (Coletivo Empresarial): ANS 471.445/14-8**
O atendimento será prestado no grupo de municípios pertencentes ao Estado do Paraná.**Grupo de ESTADOS - DENTAL UNI CE I (Coletivo Empresarial): ANS 471.446/14-6**
O atendimento será prestado no grupo de Estados pertencentes ao território nacional.**Grupo de MUNICÍPIOS - DENTAL UNI CA (Coletivo por Adesão): ANS 471.443/14-1**
O atendimento será prestado no grupo de municípios pertencentes ao Estado do Paraná.**Grupo de ESTADOS - DENTAL UNI CA I (Coletivo por Adesão): ANS 471.444/14-0**
O atendimento será prestado no grupo de Estados pertencentes ao território nacional.**ITEM IX COBERTURA DO PLANO CONTRATADO****SUPERIOR** - Contempla a cobertura mínima estabelecida pela RN 338 da ANS.**AVANÇADO** - Contempla a cobertura do Plano Superior mais procedimentos adicionais.**Plano 115 | ACP ANS 459.285/08-9** Contempla a cobertura mínima estabelecida pela RN 338 da ANS mais procedimentos adicionais.**Outro Produto:**Grupo Modalidade CE CA Registro ANS:

Especificação do atendimento

Código

Plano:

Descrição de Produto:

Obs: Deve ser assinalada apenas uma opção.

ITEM X CONDIÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO

Contratos Coletivo Empresarial:

Contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários: Fica definido que o número mínimo para a manutenção do contrato será de 4 (quatro) beneficiários.

Contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais: Fica definido que o número mínimo para manutenção do contrato será de 30 (trinta) beneficiários.

Obs.: Deve ser assinada apenas uma opção.

Contratos Coletivo por Adesão:

Fica estabelecido que o número mínimo para manutenção deste contrato será de 50 (cinquenta) beneficiários.

ITEM XI MÓDULO OPCIONAL (CONTRATO ACESSÓRIO E TERMO ADITIVO)

A Contratante declara estar de acordo com todas as condições estabelecidas nos módulos opcionais e termos aditivos optados abaixo, cujo teor é de seu inteiro conhecimento e cujas condições aceitas sem ressalva ou restrição:

<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Aditivo contratual para complemento de cobertura - Plano AVANÇADO e/ou outro (quando for o caso).
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Contrato acessório para parcelamento de atos complementares com faturamento através da Contratante.

ITEM XII CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS

- a) Este contrato vigorará na modalidade de pré-pagamento.
- b) Os valores cobrados abaixo, serão reajustados de acordo com os critérios estabelecidos no Contrato de mesmo número.

1. Valor da mensalidade

2. Valor da taxa de adesão

3. Pagamento da 1ª Mensalidade

4. Pagamento da 2ª Mensalidade*

5. Movimentação Cad.**

Até

6. Carência de 30 (trinta) dias para utilização

NÃO SIM

7. Tipo de Pagamento

Boleto Débito no cartão de crédito***

OBS: esta opção é válida somente para contratos PME'S.

*Importante: A data de pagamento da 2ª mensalidade não pode ultrapassar 35 dias da data de pagamento da 1ª mensalidade.

**Quando a data de movimentação cadastral coincidir com sábados, domingos e feriados, a movimentação deverá ser realizada no último dia útil que antecede.

*** Anexar autorização

ITEM XIII INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. A empresa possui plano de saúde?

NÃO SIM Qual operadora?

2. Instituição financeira com que a empresa trabalha?

ITEM XIV PARTICIPAÇÃO NO PLANO CONTRATADO

1. Nº de Benef. (1º adesão)

2. Potencial da empresa

3. Os colaboradores participarão financeiramente nas mensalidades do plano?

NÃO SIM _____ %

4. Empresa de Grupo?

NÃO SIM Qual?

5. Faturamento

Único Separado

6. Empresa tinha Plano Odontológico?

NÃO SIM Qual?

ITEM XV EMPRESAS DO GRUPO

1. Localidade das filiais

Cidade

UF

Nº Benef.

Cidade

UF

Nº Benef.

Cidade

UF

Nº Benef.

ITEM XVI VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato começa a vigorar a partir de ____ de _____ de _____, e terá duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses sendo prorrogado automaticamente por igual período.

ITEM XVII RATIFICAÇÃO / RETIFICAÇÃO

Solicitamos a ratificação / retificação das informações conforme descrito abaixo:

Na qualidade de representante(s) legal(is) da empresa acima identificada, ratifico(amos) todas as informações contidas neste instrumento contratual.

ITEM XVII INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ITEM XIX DECLARAÇÕES

Declaramos, para todo e qualquer fim, que:

1. Estamos cientes que somente poderão ser inclusos no plano funcionários com relação empregatícia ou estatutária para planos Coletivos Empresariais, e aqueles que mantêm vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial no caso de planos por Adesão, bem como seus respectivos dependentes (cônjuge e/ou companheiro(a), filhos, pais do titular e do cônjuge e/ou companheiro(a)), sendo a inclusão, exclusão e demais mudanças cadastrais processadas preferencialmente via internet, junto ao Portal da Dental Uni, endereço eletrônico www.dentaluni.com.br, para comodidade e agilidade no trâmite, tornando desnecessária a apresentação dos respectivos documentos comprobatórios. Esta dispensa, contudo, não exime a Contratante de fornecer o nome, qualificação completa e relação de titularidade ou dependência dos beneficiários inscritos.

2. Conhecemos as condições contratuais que deverão ser preenchidas, necessariamente, por aquele que pretenda ser inscrito no plano de saúde. Com relação à condição de beneficiários titulares e dependentes, fica a Dental Uni habilitada a requisitar, via Portal Dental Uni, que se apresentem, em 30 (trinta) dias, os documentos aptos a ratificar o vínculo respectivo, cabendo à Contratante apresentá-los, cientes de que a omissão, transcorrido o prazo indicado, ocasionará o desligamento do dependente em situação irregular ou de toda a família, nos casos em que o titular perde seu status, nos moldes delineados no contrato.

3. Assumimos a responsabilidade pela veracidade dos dados informados, considerando que somente poderão ser introduzidos no sistema mediante indicação da assinatura eletrônica (login e senha) exclusiva e sigilosa, repassada pela Contratada neste ato, estando conscientes do dever de resguardá-la, adotando a terceiros alheios à empresa ou que não detenham legitimidade para manuseá-la, de modo a impedir a inserção indiscriminada de dados, sob pena de configurar, caso seja detectada qualquer desconformidade, descumprimento dos termos contratuais podendo ocasionar, eventualmente, a rescisão do ajuste.

4. Nos comprometemos em entregar para os beneficiários titulares até a assinatura de sua proposta de ingresso no plano, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, os quais serão fornecidos pela DENTAL UNI e resguardar a declaração de recebimento assinada pelo titular na pasta dos colaboradores e deixá-la a disposição da DENTAL UNI.

5. Estamos cientes de que a DENTAL UNI só poderá iniciar a vigência do contrato, 20 (vinte) dias após o protocolo de entrega de toda a documentação no departamento comercial da cooperativa;

6. Estamos cientes das informações pertinentes a coberturas, utilização do plano e liberação do tratamento, tendo recebido todas as informações necessárias;

7. Estamos cientes que contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários terão cumprimento de carência de 30 (trinta) dias contados da data da assinatura do contrato;

8. O Supremo Tribunal Federal declarou no recurso extraordinário n.º 595838 a inconstitucionalidade da lei que obrigava sua empresa a recolher contribuição ao INSS em virtude da contratação de serviços com Cooperativas, o qual se enquadra o seu plano odontológico. A Receita Federal, através da Solução de Consulta COSIT n.º 152, publicada no Diário Oficial da União de 23/06/2015, reconheceu que essa contribuição não é mais devida: ASSUNTO: CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS PREVIDENCIÁRIAS CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA. CONTRIBUIÇÃO DE 15% SOBRE NOTA FISCAL OU FATURA DE COOPERATIVA DE TRABALHO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO Nº 595.838/SP. O Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Recurso Extraordinário nº 595.838/SP, no âmbito da sistemática do art. 543-B do Código de Processo Civil (CPC), declarou a inconstitucionalidade - e rejeitou a modulação de efeitos desta decisão - do inciso IV, do art. 22, da Lei nº 8.212, de 1991, dispositivo este que previa a contribuição previdenciária de 15% sobre as notas fiscais ou faturas de serviços prestados por cooperados por intermédio de cooperativas de trabalho. Em razão do disposto no art. 19 da Lei nº 10.522, de 2002, na Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1, de 2014, e na Nota PGFN/CASTF nº 174, de 2015, a Secretaria da Receita Federal do Brasil encontra-se vinculada ao referido entendimento.

9. Estamos cientes de que o cancelamento do Plano, em todas as hipóteses, deverá ser feito diretamente à DENTAL UNI ou através de correspondência que deverá ser entregue ao consultor de pós venda;

10. Estamos cientes da aplicação de reajuste anual do plano e que o mesmo terá **vigência de 24 (vinte e quatro) meses**, tendo recebido todas as informações necessárias;

11. Estamos cientes de que o período de permanência no plano é de **24 (vinte e quatro) meses** após a adesão e mais 12 (doze) meses após a última utilização, salvo na ocasião de exclusão por motivo de rescisão de contrato de trabalho entre o beneficiário e a empresa contratante, caso em que o beneficiário poderá ser excluído sem ônus para a Contratante. Outra exceção é do beneficiário que não usufruir os procedimentos odontológicos cobertos pelo Plano de Assistência Odontológica, que poderá ter sua exclusão requerida a qualquer momento;

12. Estamos cientes de que, no caso de rescisão contratual pela empresa antes do final do prazo de vigência do contrato haverá incidência de multa de 20% (vinte por cento) sobre as parcelas vincendas;

13. Estamos cientes de que o cancelamento do contrato implicará em exclusão automática dos beneficiários.

Eu, _____
declaro, para fins de esclarecimentos, ter sido informado(a) pelo consultor comercial, das particularidades acima no que se refere à contratação do Plano Odontológico Coletivo da **DENTAL UNI**.

Em meu nome e em nome da pessoa jurídica da CONTRATANTE assumo a responsabilidade por todas as informações aqui prestadas, declarando-me ciente de todas as informações, obrigações e deveres constantes neste documento e no contrato de assistência odontológica. Declaro ainda que todas as informações prestadas são verdadeiras e estou ciente de que omissão de informações ou a declaração falsa são passíveis de sanção penal, nos termos do artigo 229 do Código Penal, que dispõem: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia estar escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação de um a três anos, e multa, se o documento é particular".

CONTRATANTE

Testemunha (que assinará o contrato junto com os responsáveis)

Nome Completo:

CPF/MF

Cargo que ocupa na empresa

Responsável pelas informações contidas neste formulário

Nome Completo:

CPF/MF:

Cargo que ocupa na empresa:

Fone para contato:

Local

____/____/____

Data

Assinatura

DECLARAÇÃO DE CONTRATO

Declaramos a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebemos um exemplar impresso e de forma clara e perfeitamente legível do Regulamento Plano Superior, formatado nos moldes da Lei 9.656/98, cujo teor é de nosso inteiro conhecimento e cujas condições aceitamos sem ressalva ou restrição.

Para clareza, firmamos a presente.

_____, _____ de _____ de 20____.

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Nome: _____

Cargo: _____

Assinatura: _____