



OdontoPrev



Brasil: 0800 722 2152

RJ: (21) 3852 0123

pme\_vendas@odontoprev.com.br

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO  
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PLANO COLETIVO – MODALIDADE LIVRE ADESÃO  
De 05 até 100 Associados (mínimo 2 Titulares)**



Nº SINCO: \_\_\_\_\_ Nº DO CONTRATO: \_\_\_\_\_

**ANS - nº 30194-9**

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE

NOME FANTASIA

RAMO DE ATIVIDADE

ENDEREÇO COMPLETO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

CNPJ/ MF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FONE

FAX

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO DO CONTATO NA EMPRESA

E-MAIL PARA RECEBIMENTO DE FATURA

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE DO INDICADO ACIMA)

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

DADOS DA CONTRATANTE

NOME DO PLANO (ANS)	NOME COMERCIAL DO PLANO	TAXA MENSAL POR ASSOCIADO TITULAR (R\$)	TAXA MENSAL POR ASSOCIADO DEPENDENTE (R\$)	FORMA DE CUSTEIO E PERCENTUAIS DE CONTRIBUIÇÃO	
Plano Integral LARD (nº ANS 401.863/98-0)	Plano Integral	R\$ 14,50	R\$ 14,50	( ) Contributária (100% Empresa) ( ) Não Contributária (___% funcion.)	
<b>INÍCIO VIGÊNCIA</b>	<b>VENC. FATURA</b>	<b>MOV. CADASTRAL</b>	<b>REAJUSTE ANUAL PELO IGPM / FGV E REVISÕES PERIÓDICAS PELO PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE 60% (SESENTA POR CENTO).</b>		
( ) 01	10	15			Nº TOTAL DE ASSOCIADOS: _____
( ) 10	20	25			Nº DE TITULARES: _____
( ) 20	30	05			Nº DE DEPENDENTES: _____
PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO 24 (vinte e quatro) MESES		PRAZO PARA DENÚNCIA DO CONTRATO 60 (sessenta) DIAS ANTES DO TÉRMINO DO PERÍODO VIGENTE		PRAZO DE CARÊNCIA Não há Carência	
VALOR DA U.O. (UNIDADE ODONTOLÓGICA) PARA A TABELA PARA RESSARCIMENTO		R\$ 0,47 (quarenta e sete centavos de Real)	VALOR DA UNIDADE ODONTOLÓGICA PARA A TABELA DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS		
			R\$ 0,40 (quarenta centavos de Real)		

DADOS DO PLANO

NOME COMPLETO DO PRODUTOR

CÓDIGO

TELEFONE

CELULAR

E-MAIL

NOME DA PLATAFORMA / PARCEIRO

ASSINATURA / CARIMBO DA PLATAFORMA / PARCEIRO

DADOS DO PRODUTOR

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CONTRATANTE:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Nome:  
Cargo:

Nome:  
Cargo:

TESTEMUNHAS:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

FORMALIZAÇÃO

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO  
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PLANO COLETIVO – MODALIDADE LIVRE ADESÃO  
De 05 até 100 Associados (mínimo 2 Titulares)**

A **CONTRATANTE** declara ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato de Operação de Plano Privado de Saúde – Plano Odontológico, cuja cópia neste ato recebe, e declara estar de acordo com todos os seus termos e condições, principalmente, mas não limitado ao que segue:

- a) ser o presente Contrato Coletivo regido pelo sistema de pré-pagamento, onde o pagamento integral do valor devido ocorre no mesmo mês de competência;
- b) cumprir as regras para que o presente Contrato se torne válido para as partes, conforme estabelecido no item **15.1**, das Condições Gerais deste Contrato;
- c) ser a única responsável perante a **ODONTOPREV** pelo pagamento integral das Notas Fiscais/Faturas emitidas, aceitando, desde já, como valor mínimo a ser faturado, o equivalente a 05 (cinco) **ASSOCIADOS** inscritos no **PLANO DE BENEFÍCIOS** por mês de competência;
- d) ser a única responsável perante a **ODONTOPREV** pela observância das exigências estabelecidas no item **2.1.3**, das Condições Gerais do Contrato para caracterização de **ASSOCIADO**, quer **TITULAR**, quer **DEPENDENTE**, comprometendo-se a encaminhar os respectivos comprovantes à **ODONTOPREV**, sempre que por esta assim solicitado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias de tal solicitação;
- e) manter o cadastro de todos os **ASSOCIADOS** que tenham aderido a qualquer dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** devidamente atualizado;
- f) ser a única responsável pelo recolhimento e inutilização das carteiras de identificação de todos os Beneficiários que solicitem a exclusão do **PLANO DE BENEFÍCIOS**;
- g) observar todas as datas e condições de movimentação cadastral, de apuração e de pagamento das faturas devidas;
- h) observar todos os procedimentos odontológicos cobertos e não cobertos pelos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** efetivamente adquiridos através deste Contrato;
- i) as condições de utilização dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** pelos **ASSOCIADOS**, bem como das responsabilidades advindas de sua má-utilização;
- j) com as condições e formas de reajustes das Taxas Mensais, estabelecidas no Capítulo 10, das Condições Gerais do Contrato;
- k) que o envio dos documentos constantes na alínea 13.5 das Condições Gerais deste Contrato deverá ser feito para o seguinte endereço:  
**Caixa Postal 74.413 / CEP 01531-970 - São Paulo - SP**

Declaro, outrossim, ser representante legal da **CONTRATANTE**, estando habilitado a assumir as obrigações ora estabelecidas e a assegurar a veracidade das informações contidas no presente **QUADRO PREAMBULAR** que é parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Barueri, no Estado de São Paulo, sob o nº **477.609**.

E, por estarem justas e contratadas, celebram as partes o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo indicadas.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO**

**Proposta Contratual - devidamente assinada e sem rasuras  
Contrato Social e última alteração - fotocópia  
Cartão CNPJ - fotocópia**

**Endereço de envio:**

**Caixa Postal: 74.413  
CEP: 01531-970  
São Paulo - SP**

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CONTRATANTE:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Nome:  
Cargo:

Nome:  
Cargo:

TESTEMUNHAS:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO  
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PLANO COLETIVO – MODALIDADE LIVRE ADESÃO  
De 05 até 100 Associados (mínimo 2 Titulares)**

A **CONTRATANTE** declara ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato de Operação de Plano Privado de Saúde – Plano Odontológico, cuja cópia neste ato recebe, e declara estar de acordo com todos os seus termos e condições, principalmente, mas não limitado ao que segue:

- a) ser o presente Contrato Coletivo regido pelo sistema de pré-pagamento, onde o pagamento integral do valor devido ocorre no mesmo mês de competência;
- b) cumprir as regras para que o presente Contrato se torne válido para as partes, conforme estabelecido no item **15.1**, das Condições Gerais deste Contrato;
- c) ser a única responsável perante a **ODONTOPREV** pelo pagamento integral das Notas Fiscais/Faturas emitidas, aceitando, desde já, como valor mínimo a ser faturado, o equivalente a 05 (cinco) **ASSOCIADOS** inscritos no **PLANO DE BENEFÍCIOS** por mês de competência;
- d) ser a única responsável perante a **ODONTOPREV** pela observância das exigências estabelecidas no item **2.1.3**, das Condições Gerais do Contrato para caracterização de **ASSOCIADO**, quer **TITULAR**, quer **DEPENDENTE**, comprometendo-se a encaminhar os respectivos comprovantes à **ODONTOPREV**, sempre que por esta assim solicitado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias de tal solicitação;
- e) manter o cadastro de todos os **ASSOCIADOS** que tenham aderido a qualquer dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** devidamente atualizado;
- f) ser a única responsável pelo recolhimento e inutilização das carteiras de identificação de todos os Beneficiários que solicitem a exclusão do **PLANO DE BENEFÍCIOS**;
- g) observar todas as datas e condições de movimentação cadastral, de apuração e de pagamento das faturas devidas;
- h) observar todos os procedimentos odontológicos cobertos e não cobertos pelos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** efetivamente adquiridos através deste Contrato;
- i) as condições de utilização dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** pelos **ASSOCIADOS**, bem como das responsabilidades advindas de sua má-utilização;
- j) com as condições e formas de reajustes das Taxas Mensais, estabelecidas no Capítulo 10, das Condições Gerais do Contrato;
- k) que o envio dos documentos constantes na alínea 13.5 das Condições Gerais deste Contrato deverá ser feito para o seguinte endereço: **Caixa Postal 74.413 / CEP 01531-970 - São Paulo - SP**

Declaro, outrossim, ser representante legal da **CONTRATANTE**, estando habilitado a assumir as obrigações ora estabelecidas e a assegurar a veracidade das informações contidas no presente **QUADRO PREAMBULAR** que é parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Barueri, no Estado de São Paulo, sob o nº**477.609**.

E, por estarem justas e contratadas, celebram as partes o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo indicadas.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO**

**Proposta Contratual - devidamente assinada e sem rasuras  
Contrato Social e última alteração - fotocópia  
Cartão CNPJ - fotocópia**

**Endereço de envio:**

**Caixa Postal: 74.413  
CEP: 01531-970  
São Paulo - SP**



OdontoPrev

PME

Brasil: 0800 722 2152

RJ: (21) 3852 0123

pme\_vendas@odontoprev.com.br

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO  
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PLANO COLETIVO – MODALIDADE LIVRE ADESÃO  
De 05 até 100 Associados (mínimo 2 Titulares)**

SINCO

alliate  
corretora de seguros

Nº SINCO: \_\_\_\_\_ Nº DO CONTRATO: \_\_\_\_\_

ANS - nº 30194-9

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE

NOME FANTASIA		RAMO DE ATIVIDADE		
ENDEREÇO COMPLETO			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP	
CNPJ/ MF		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
FONE		FAX		
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL				
NOME COMPLETO DO CONTATO NA EMPRESA			E-MAIL PARA RECEBIMENTO DE FATURA	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE DO INDICADO ACIMA)			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP	

DADOS DA CONTRATANTE

NOME DO PLANO (ANS)	NOME COMERCIAL DO PLANO	TAXA MENSAL POR ASSOCIADO TITULAR (R\$)	TAXA MENSAL POR ASSOCIADO DEPENDENTE (R\$)	FORMA DE CUSTEIO E PERCENTUAIS DE CONTRIBUIÇÃO	
Plano Integral LARD (nº ANS 401.863/98-0)	Plano Integral	R\$ 14,50	R\$ 14,50	( ) Contributária (100% Empresa) ( ) Não Contributária (___% funcion.)	
<b>INÍCIO VIGÊNCIA</b>	<b>VEN. FATURA</b>	<b>MOV. CADASTRAL</b>	<b>REAJUSTE ANUAL PELO IGPM / FGV E REVISÕES PERIÓDICAS PELO PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE 60% (SESSENTA POR CENTO).</b>		
( ) 01	10	15			Nº TOTAL DE ASSOCIADOS: _____
( ) 10	20	25			Nº DE TITULARES: _____
( ) 20	30	05			Nº DE DEPENDENTES: _____
PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO 24 (vinte e quatro) MESES			PRAZO PARA DENÚNCIA DO CONTRATO 60 (sessenta) DIAS ANTES DO TÉRMINO DO PERÍODO VIGENTE	PRAZO DE CARÊNCIA Não há Carência	
VALOR DA U.O. (UNIDADE ODONTOLÓGICA) PARA A TABELA PARA RESSARCIMENTO		R\$ 0,47 (quarenta e sete centavos de Real)	VALOR DA UNIDADE ODONTOLÓGICA PARA A TABELA DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS R\$ 0,40 (quarenta centavos de Real)		

DADOS DO PLANO

NOME COMPLETO DO PRODUTOR		CÓDIGO
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL
NOME DA PLATAFORMA / PARCEIRO		ASSINATURA / CARIMBO DA PLATAFORMA / PARCEIRO

DADOS DO PRODUTOR

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CONTRATANTE:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Nome:  
Cargo:

Nome:  
Cargo:

TESTEMUNHAS:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

FORMALIZAÇÃO

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO  
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
PLANO COLETIVO – MODALIDADE LIVRE ADESÃO  
De 05 até 100 Associados (mínimo 2 Titulares)**

A **CONTRATANTE** declara ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato de Operação de Plano Privado de Saúde – Plano Odontológico, cuja cópia neste ato recebe, e declara estar de acordo com todos os seus termos e condições, principalmente, mas não limitado ao que segue:

- a) ser o presente Contrato Coletivo regido pelo sistema de pré-pagamento, onde o pagamento integral do valor devido ocorre no mesmo mês de competência;
- b) cumprir as regras para que o presente Contrato se torne válido para as partes, conforme estabelecido no item **15.1**, das Condições Gerais deste Contrato;
- c) ser a única responsável perante a **ODONTOPREV** pelo pagamento integral das Notas Fiscais/Faturas emitidas, aceitando, desde já, como valor mínimo a ser faturado, o equivalente a 05 (cinco) **ASSOCIADOS** inscritos no **PLANO DE BENEFÍCIOS** por mês de competência;
- d) ser a única responsável perante a **ODONTOPREV** pela observância das exigências estabelecidas no item **2.1.3**, das Condições Gerais do Contrato para caracterização de **ASSOCIADO**, quer **TITULAR**, quer **DEPENDENTE**, comprometendo-se a encaminhar os respectivos comprovantes à **ODONTOPREV**, sempre que por esta assim solicitado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias de tal solicitação;
- e) manter o cadastro de todos os **ASSOCIADOS** que tenham aderido a qualquer dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** devidamente atualizado;
- f) ser a única responsável pelo recolhimento e inutilização das carteiras de identificação de todos os Beneficiários que solicitem a exclusão do **PLANO DE BENEFÍCIOS**;
- g) observar todas as datas e condições de movimentação cadastral, de apuração e de pagamento das faturas devidas;
- h) observar todos os procedimentos odontológicos cobertos e não cobertos pelos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** efetivamente adquiridos através deste Contrato;
- i) as condições de utilização dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** pelos **ASSOCIADOS**, bem como das responsabilidades advindas de sua má-utilização;
- j) com as condições e formas de reajustes das Taxas Mensais, estabelecidas no Capítulo 10, das Condições Gerais do Contrato;
- k) que o envio dos documentos constantes na alínea 13.5 das Condições Gerais deste Contrato deverá ser feito para o seguinte endereço: **Caixa Postal 74.413 / CEP 01531-970 - São Paulo - SP**

Declaro, outrossim, ser representante legal da **CONTRATANTE**, estando habilitado a assumir as obrigações ora estabelecidas e a assegurar a veracidade das informações contidas no presente **QUADRO PREAMBULAR** que é parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Barueri, no Estado de São Paulo, sob o nº**477.609**.

E, por estarem justas e contratadas, celebram as partes o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo indicadas.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO**

**Proposta Contratual - devidamente assinada e sem rasuras  
Contrato Social e última alteração - fotocópia  
Cartão CNPJ - fotocópia**

**Endereço de envio:**

**Caixa Postal: 74.413  
CEP: 01531-970  
São Paulo - SP**