



Plano Odontológico Bem Estar Doc

Conheça as características do seu plano

Nome comercial ANS: DENTAL BEM ESTAR IFLE

Registro ANS: 478.826/17-2

Proposta de Adesão

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

GLC - Guia de Leitura Contratual

Contrato de Plano Odontológico

Tabela de Procedimentos Cobertos e de Reembolso - T.P.RE.

Lista de Eventos Para Autorização Prévia e/ou Autorização Especial

ANS - nº 301949

OdontoPrev - CRO/SP nº 2728
RT: J. M. Benozatti - CRO/SP nº 19009

 **odontoprev**

Proposta de Adesão (Condições Especiais)

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Plano PF Individual ou Familiar

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo



Número da Proposta:

1. DADOS DAS PARTES

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATADA Odontoprev S.A		CNPJ/ME 58.119.199/0001-51	CIDADE Barueri
ENDEREÇO DA CONTRATADA Alameda Araguaia, nº 2104, 21º Andar, Alphaville		CEP 06455-000	ESTADO SP
NOME COMPLETO DO(A) CONTRATANTE TITULAR (Responsável Financeiro)		CPF/ME	GÊNERO
IDENTIDADE (RG, CNH, Carteira Identidade Profissional)	ORGÃO EXPEDIDOR-UF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL
NOME COMPLETO DA MÃE (Titular)		EMAIL	TELEFONE
ENDEREÇO DO(A) CONTRATANTE TITULAR (Logradouro, número, bairro, complemento)		CEP	CIDADE/UF
NOVO PLANO (S/N)		INCLUSÃO DE DEPENDENTE EM PROPOSTA EXISTENTE (S/N)	
1 - NOME COMPLETO DO DEPENDENTE		CPF/ME	DATA DE NASCIMENTO
NOME COMPLETO DA MÃE (Dependente)		GRAU PARENTESCO (Titular)	GÊNERO
IMPORTANTE: Caso tenha interesse futuro em incluir novos dependentes nesta proposta, contate a Central de Atendimento 0800 702 9000			

2. DADOS DO CONTRATO

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA	VIGÊNCIA 12 (doze) meses	REAJUSTE ANUAL	ÍNDICE REAJUSTE IPCA	RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA Prazo Indeterminado
INÍCIO DA VIGÊNCIA Data do Aceite da Proposta ou Contrato ou Primeiro Pagamento, o que ocorrer primeiro.		PLANO ANUAL Havendo interesse em contratação/pagamento anual, a Operadora deverá ser consultada sobre as condições.		

3. DADOS DO(S) PLANO(S) CONTRATADO(S)

Nome Fantasia Nome Comercial Registro ANS	Valor TITULAR	Valor Dependente	Valor TOTAL	Forma de Atendimento Formação de Preço	Segmentação de Rede Abrangência Geográfica	Carência
BEM ESTAR DENTL BEM ESTAR IFLE 478.626/17-2	R\$ XX,XX (mensal)	R\$ XX,XX (mensal)	R\$ XX,XX (mensal)	Rede Credenciada e Livre Escolha Pré-Estabelecido	PRINCIPAL Nacional	24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência 180 (cento e oitenta) dias para prótese e Documentação ortodôntica 90 (noventa) dias para os demais procedimentos cobertos
BEM ESTAR DENTAL BEM ESTAR IFLE 478.626/17-2	R\$ XX,XX (anual)	R\$ XX,XX (anual)	R\$ XX,XX (anual)	Rede Credenciada e Livre Escolha Pré-Estabelecido	PRINCIPAL Nacional	24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência 90 (noventa) dias para prótese e Documentação ortodôntica 60 (sessenta) dias para os demais procedimentos cobertos
BEM ESTAR DENTAL BEM ESTAR IFLE 478.626/17-2	R\$ XX,XX (anual sem carência)	R\$ XX,XX (anual sem carência)	R\$ XX,XX (anual sem carência)	Rede Credenciada e Livre Escolha Pré-Estabelecido	PRINCIPAL Nacional	Sem carência nos procedimentos cobertos
VALOR DE REEMBOLSO (UO)	O valor da U.O (Unidade Odontológica) para fins de cálculo e pagamentos previstos nas Cláusulas Décima e Décima Primeira, quando e se aplicável , é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos de real).					

4. FORMAS DE PAGAMENTO

<input type="checkbox"/>	Autorizo débito no meu cartão de crédito.			
<input type="checkbox"/>	Autorizo débito em conta bancária	BANCO	AGÊNCIA	CONTA
<input type="checkbox"/>	Autorizo emissão de boleto para pagamento em bancos e/ou correspondentes bancários.	DATA VENCIMENTO DA FATURA		
<input type="checkbox"/>	Autorizo consignação em folha de pagamento	ÓRGÃO CONSIGNANTE		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta Proposta de Adesão (Condições Especiais), integra para todos os fins e efeitos de direito as Condições Gerais do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Contrato), registrado no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Barueri, no Estado de São Paulo, sendo prenotado sob o número 2.056.533 e registrado no livro B, sob o número 2.100.521, em 10/11/2023.

Proposta de Adesão (Condições Especiais)

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Plano PF Individual ou Familiar

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo



Número da Proposta:

Nos termos da Cláusula Sexta das Condições Gerais do Contrato, o Beneficiário incluído no Plano de Benefícios descrito no item 3 supra, além dos eventos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, terá direito às coberturas elencadas nos "Procedimentos Cobertos", conforme consta no anexo contratual.

Os planos informados no item acima são disponibilizados aos beneficiários mediante acesso à Rede escolhida, a qual pode ser consultada por meio do acesso ao seguinte portal <https://www.odontoprev.com.br>.

A relação contendo as substituições de prestadores ocorridas na rede credenciada nos últimos 180 (cento e oitenta) dias poderá ser consultada no portal da CONTRATADA (www.odontoprev.com.br) ou através da sua Central de Atendimento.

DECLARAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

Declaro ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato do Plano Odontológico contratado, expressamente indicado na Proposta de Adesão, cuja cópia recebi neste ato, o qual estabelece em linguagem clara e simples sobre todos os direitos e obrigações contratuais dos Beneficiários, as formas e condições de utilização do Plano de Benefícios, os limites de cobertura, os procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como as informações sobre os recursos disponibilizados pela OPERADORA para verificação dos dentistas integrantes da Rede Credenciada. Declaro, ainda: **a)** ter conhecimento e ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde-MPS e o Guia de Leitura Contratual-GLC, também disponíveis no portal <https://www.odontoprev.com.br>; **b)** serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim inseridos na presente Proposta de Adesão e as demais informações prestadas à OPERADORA para os fins da execução do presente Contrato; **c)** ser o devedor das parcelas e das demais obrigações decorrentes do Plano de Benefícios que agora subscrevo, conforme meio de pagamento optado no item "4. FORMAS DE PAGAMENTO" desta Proposta; **d)** ter ciência que em caso de não pagamento das devidas parcelas no meio de pagamento escolhido na adesão, a cobrança da mensalidade do Plano Odontológico poderá ser alterada e efetuada pela via boleto bancário; **e)** reconhecer que a eventual redução e/ou isenção dos prazos de carência não alteram as demais condições e coberturas do Contrato; **f)** caso a opção seja pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma mensal, ter ciência de que o prazo de vigência deste Contrato é de 12 (doze) meses, com início a partir da assinatura ou declaração verbal de aceite da Proposta de Adesão e de que contarei com períodos de carência expressamente indicados na Proposta de Adesão; **g) caso a opção seja pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual, ter ciência que contarei com os períodos de carência (contados da data de início de vigência) expressamente indicados na Proposta de Adesão (não incidente para a opção "anual sem carência");** **h)** ter ciência de que no ato de assinatura da Proposta de Adesão, deverei pagar em até 10 (dez) dias úteis a primeira parcela calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos. As parcelas subsequentes à primeira, terão como data de vencimento o mesmo dia da data de aceite da Proposta de Adesão. As alterações de data de vencimento ou de meio de pagamento deverão ser solicitadas no Atendimento ao Beneficiário e estarão sujeitas às regras operacionais; **i)** caso o titular do contrato seja menor de 18 anos, ter ciência que o CONTRATANTE (Responsável Financeiro) assume a responsabilidade legal pelo menor de idade; **j)** tenho ciência de que se o pagamento através do cartão de crédito informado na proposta de adesão não for aprovado pela administradora do cartão, a contratação do plano não será efetivada, podendo o(a) CONTRANTE optar por outra forma de pagamento, devendo, neste

Proposta de Adesão (Condições Especiais)

Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica

Plano PF Individual ou Familiar

Classificação da operadora na ANS: Odontologia de Grupo



Número da Proposta:

caso, contatar a OPERADORA e solicitar a alteração, informando os dados necessários; **k) ter conhecimento que os encargos moratórios devidos em razão do atraso ou não pagamento das faturas de cartão de crédito, conta de energia ou conta bancária obedecerão às regras contidas no contrato firmado entre mim (CONTRATANTE/Responsável Financeiro) e a instituição com a qual possuo relacionamento; l) ter conhecimento de que para os fins do presente Plano de Benefícios são considerados Beneficiários Dependentes do Beneficiário Titular: cônjuge ou filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), dependentes economicamente do Contratante, conforme legislação do Imposto de Renda, e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos de idade, ou com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade; m) ter conhecimento da opção de atendimento na Livre Escolha de Dentistas, podendo realizar tratamentos cobertos pelo Plano de Benefícios com dentistas não integrantes da Rede Credenciada, obtendo o reembolso conforme regras contratuais e de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso T.P.RE; n) ter conhecimento de que a Proposta de Adesão e suas cópias não podem conter rasuras; o) ter conhecimento de que em caso de dúvidas sobre o Plano ou consulta à Rede Credenciada, deverei entrar em contato com a Central de Atendimento ao Beneficiário ODONTOPREV, através do número 0800 702 9000, ou Atendimento ao deficiente auditivo e fala 0800 722 2191, 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana à disposição; p) ser responsável perante a OPERADORA pelos atos de todos os Beneficiários por mim inscritos na presente Proposta; q) poderá a OPERADORA, em caso de inadimplência, para a cobrança de seus créditos, nos termos da lei, inscrever o nome do(a) Contratante em banco de dados cadastrais de Serviços de Proteção ao Crédito; r) ter conhecimento de que os Beneficiários Dependentes, incluídos no momento da adesão do Titular ou em data posterior, obedecerão as mesmas regras previstas no contrato para o Beneficiário Titular do Plano Odontológico; s) ter ciência de que ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifestação de minha parte, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, mantendo-se a forma de pagamento escolhido inicialmente, sendo vedada no ato da renovação a recontagem de carências e a cobrança de taxa ou qualquer outro valor; t) ter ciência de que fazem parte deste contrato, eventuais termos de aditamento e anexos; u) ter conhecimento de que a Odontoprev, na figura de controladora dos dados pessoais do(a) Contratante, se compromete a cumprir as condições previstas neste instrumento, bem como, a Lei 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, os regulamentos dela decorrentes e observar as diretrizes disponíveis em <https://www.odontoprev.com.br/home/portugues/politica-de-privacidade/index.xhtml>; v) que li e estou ciente da Política de Proteção de Dados Pessoais da Odontoprev, concordando com seus termos e condições para tratamento dos meus dados pessoais; w) ter conhecimento que o aceite da presente proposta poderá ser tácito através de ligação telefônica, ou, expresso através de assinatura física ou link digital/assinatura eletrônica, nos termos da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 ainda que o certificado de assinatura não seja emitido pela ICP-Brasil, sem necessidade de qualquer outra formalização entre as partes neste sentido. x) Que estou de pleno acordo e autorizo a Odontoprev a emitir e enviar documentações (certificado individual; carnê; boletos de cobrança, carteira virtual) e informações importantes referente ao plano, através de meios remotos de comunicação (SMS, correio eletrônico; aplicativos de mensagens, como por exemplo WhatsApp e outros meios digitais).**

CIDADE/UF, ____ de _____ de 20____.

Assinatura Contratante (Responsável Financeiro)

Nome do Beneficiário Titular do Plano