

# Proposta de Plano Odontológico

## PME Odonto + Lar Assist

1ª via – Odonto

Data Início Vigência 01/\_\_\_/\_\_\_

### Dados da Empresa

Estipulante ( ) Subestipulante ( )  
 Razão Social \_\_\_\_\_  
 CNPJ \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual \_\_\_\_\_  
 End. Comercial (CNPJ) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Comp. \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Contato \_\_\_\_\_ Cargo/Função \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
 E-mail I \_\_\_\_\_ E-mail II \_\_\_\_\_

### Entrega de Carteira

End. de Entrega \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Comp. \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

### Informações Complementares

Entrega de documentação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de vencimento: dia 05 dia 10 dia 15 dia 20 dia 25 dia 30

Plano	2 a 49 Vidas	Nº Vidas Contratadas	50 a 99 Vidas	Nº Vidas Contratadas
Sigma	R\$ 18,97		R\$ 16,96	
Beta	R\$ 21,01		R\$ 19,85	
Alfa	R\$ 28,40		R\$ 25,12	
Delta	R\$ 153,00		R\$ 115,00	
Total de Vidas Contratadas			Total de Vidas Contratadas	
Valor total da fatura (R\$)*			Valor total da fatura (R\$)*	

\* Valor total da Fatura é igual a soma da quantidade de vidas multiplicada pelo valor do plano contratado.

### Documentação a ser Anexada à 1ª Via da Proposta de Plano Odontológico

**Documento da Empresa:** Cópia do Contrato Social e última alteração; Cópia do comprovante de vínculo empregatício (Listagem FGTS ou cópia da Carteira de Trabalho dos Funcionários), Cópia do RG e CPF do sócio ou responsável legal e Cópia procuração do representante, caso este não esteja no contrato social.

**Documentos do Corretor:** Carta Proposta via Corretor assinada e carimbada.

### Declaração e Termo de Responsabilidade

#### Declaramos para todos os fins e efeitos:

- 1) Que tenho ciência e estou de posse das Condições Gerais e Especiais (Anexo I) do contrato e estou ciente inclusive quanto aos prazos de carência constantes do Capítulo 6 das Condições Gerais e, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo exclusivamente à ODONTO EMPRESAS, estabelecer as reduções desses prazos.
- 2) Que tenho ciência de que a redução ou isenção dos prazos de carência não alteram as coberturas do contrato, permanecendo inalteradas as exclusões e limitações de cobertura expressas no contrato.
- 3) Que tenho ciência de que esta Proposta de Plano Odontológico somente terá validade a partir da data de início da vigência, que coincide com o 1º dia do mês subsequente da data de assinatura desta ou o pagamento, o que ocorrer primeiro.
- 4) Assumo a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente e, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta Proposta de Plano Odontológico, assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelo pagamento das mensalidades e o cumprimento das demais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo.
- 5) Que tenho conhecimento de que a Proposta de Plano Odontológico deverá estar protocolada na ODONTO EMPRESAS até 72 horas da data da sua assinatura.
- 6) Que tenho a ciência de que este documento e as suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual sei que a ODONTO EMPRESAS poderá não aceitar este documento, sendo motivo para preenchimento de nova Proposta de Plano Odontológico.
- 7) Que tenho ciência de que a ODONTO EMPRESAS não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos que não sejam aqueles previstos no presente contrato, exceto se previamente aprovados pela ODONTO EMPRESAS por escrito.

Odonto Empresas Convênios Dentários Ltda - CRO-SP - EPOA: 8859

RT: Marcelo Alessandro Masotti – CRO : SP 65394

### Declaro estar ciente de todas as informações acima

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo com CNPJ da Contratante (Sócio ou Representante Legal)

Assinatura e Carimbo com CNPJ do Corretor

Nome completo (Sócio ou Representante Legal)

Nome do Corretor

# Proposta de Plano Odontológico

## PME Odonto + Lar Assist

2ª via – Odonto

Data Início Vigência 01/\_\_\_/\_\_\_

### Dados da Empresa

Estipulante ( ) Subestipulante ( )

Razão Social \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual \_\_\_\_\_

End. Comercial (CNPJ) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Comp. \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Contato \_\_\_\_\_ Cargo/Função \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

E-mail I \_\_\_\_\_ E-mail II \_\_\_\_\_

### Entrega de Carteira

End. de Entrega \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Comp. \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

### Informações Complementares

Entrega de documentação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de vencimento: dia 05 dia 10 dia 15 dia 20 dia 25 dia 30

Plano	2 a 49 Vidas	Nº Vidas Contratadas	50 a 99 Vidas	Nº Vidas Contratadas
Sigma	R\$ 18,97		R\$ 16,96	
Beta	R\$ 21,01		R\$ 19,85	
Alfa	R\$ 28,40		R\$ 25,12	
Delta	R\$ 153,00		R\$ 115,00	
Total de Vidas Contratadas			Total de Vidas Contratadas	
Valor total da fatura (R\$)*			Valor total da fatura (R\$)*	

\* Valor total da Fatura é igual a soma da quantidade de vidas multiplicada pelo valor do plano contratado.

### Documentação a ser Anexada à 1ª Via da Proposta de Plano Odontológico

**Documento da Empresa:** Cópia do Contrato Social e última alteração; Cópia do comprovante de vínculo empregatício (Listagem FGTS ou cópia da Carteira de Trabalho dos Funcionários), Cópia do RG e CPF do sócio ou responsável legal e Cópia procuração do representante, caso este não esteja no contrato social.

**Documentos do Corretor:** Carta Proposta via Corretor assinada e carimbada.

### Declaração e Termo de Responsabilidade

#### Declaramos para todos os fins e efeitos:

- 1) Que tenho ciência e estou de posse das Condições Gerais e Especiais (Anexo I) do contrato e estou ciente inclusive quanto aos prazos de carência constantes do Capítulo 6 das Condições Gerais e, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo exclusivamente à ODONTO EMPRESAS, estabelecer as reduções desses prazos.
- 2) Que tenho ciência de que a redução ou isenção dos prazos de carência não alteram as coberturas do contrato, permanecendo inalteradas as exclusões e limitações de cobertura expressas no contrato.
- 3) Que tenho ciência de que esta Proposta de Plano Odontológico somente terá validade a partir da data de início da vigência, que coincide com o 1º dia do mês subsequente da data de assinatura desta ou o pagamento, o que ocorrer primeiro.
- 4) Assumo a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente e, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta Proposta de Plano Odontológico, assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelo pagamento das mensalidades e o cumprimento das demais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo.
- 5) Que tenho conhecimento de que a Proposta de Plano Odontológico deverá estar protocolada na ODONTO EMPRESAS até 72 horas da data da sua assinatura.
- 6) Que tenho a ciência de que este documento e as suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual sei que a ODONTO EMPRESAS poderá não aceitar este documento, sendo motivo para preenchimento de nova Proposta de Plano Odontológico.
- 7) Que tenho ciência de que a ODONTO EMPRESAS não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos que não sejam aqueles previstos no presente contrato, exceto se previamente aprovados pela ODONTO EMPRESAS por escrito.

Odonto Empresas Convênios Dentários Ltda - CRO-SP - EPAO: 8859

RT: Marcelo Alessandro Masotti – CRO : SP 65394

### Declaro estar ciente de todas as informações acima

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo com CNPJ da Contratante (Sócio ou Representante Legal)

Assinatura e Carimbo com CNPJ do Corretor

Nome completo (Sócio ou Representante Legal)

Nome do Corretor