

**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**

PRIORIZA SOLUCOES FERROVIARIAS LTDA

**2. Nome Fantasia**

PRIORIZA SOLUCOES FERROVIARIAS LTDA

**3. CNPJ**

13.674.939/0001-83

**4. Inscrição Estadual**

**5. Inscrição Municipal**

**6. CNAE**

71.12-0-00

**7. Ramo de atividade**

SERVICOS DE ENGENHARIA

**8. Rua/Av**

R GENERAL ADALBERTO GONCALVES DE MENEZES

**9. Número**

452

**10. Complemento**

CASA 06 COND NOVA TRENTO  
RES

**11. Bairro**

TARUMA

**12. Cidade**

CURITIBA

**13. UF** **14. CEP**

PR 82.800-080

**15. E-mail para envio de faturas**

FILIPPIN@PRIORIZASF.COM

**ITEM III** ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

**Endereço**

R GENERAL ADALBERTO GONCALVES DE MENEZES

**Numero**

452

**Complemento**

CASA 06 COND NOVA TRENTO RES

**Bairro**

TARUMA

**CEP**

82.800-080

**Cidade**

CURITIBA

**UF**

PR

**DDD + Telefone 1**

(41) 999048552

**DDD + Telefone 2**

**DDD + Celular**

**Pessoa de Contato** ANA MARIA ZÜGEL

**Data Nascimento** 16/02/1959

**Setor**

**Função** RH

**E-mail** ANA.ZUGEL@PRIORIZASF.COM

**ITEM IV** REPRESENTANTE DE VENDAS

**1. Razão Social** UNIMED CURITIBA

**2. Dados do Vendedor** DELSON JONATHAN PORTELA DE OLIVEIRA

**3. Cód. Vendedor** 4215

**ITEM V PLANO CONTRATADO x ÁREA DE ATUAÇÃO x TIPO CONTRATAÇÃO**

**DENTAL III CE BR (DENTAL ELITE) - NACIONAL  
ANS 477.855/17-3**

\*O atendimento será prestado no território nacional.

\*\*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.

**ITEM VI CONDIÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO**

Fica definido que o número mínimo para a manutenção do contrato será de 4 (quatro) beneficiários.

**ITEM VII MÓDULO OPCIONAL (CONTRATO ACESSÓRIO)**

O contratante **opta** pelo contrato acessório para parcelamento de atos complementares com faturamento através da Contratante.

**ITEM VIII 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.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>1. Valor da mensalidade</b><br>17,85 REAIS       | <b>2. Valor da taxa de adesão</b><br>10,00 REAIS | <b>3. Emissão 2ª via de cartão</b><br>10,00 |  |
| <b>4. Pagamento da 1ª Mensalidade</b><br>25/08/2023 | <b>5. Movimentação*</b><br>ATÉ O DIA 30          | <b>6. Vencimento</b><br>TODO DIA 10         | <b>7. Forma de Pagamento</b><br>BOLETO |

**8. Carência para utilização**

Os Beneficiários que efetuarem adesão na massa inicial e/ou até 30 (trinta) dias da assinatura do contrato estarão isentos do cumprimento de carência; Beneficiários que efetuarem adesão após a data de vigência estabelecida no Item XI da Proposta de Admissão, cumprirão período de carência de 90 (noventa) dias (somente para período de campanha).

\*Movimentação Cadastral, quando a data de movimentação cadastral coincidir com sábados, domingos e feriados, a movimentação será realizada no último dia útil que antecede.

**ITEM IX INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

- 1. A empresa possui plano de saúde?** NÃO INFORMADO  
**2. Instituição financeira com que a empresa trabalha?** NÃO INFORMADO

**ITEM X PARTICIPAÇÃO NO PLANO CONTRATADO**

- 1. Nº de Benef. (1º adesão):** 83 VIDAS  
**2. Potencial da empresa:** 100 VIDAS  
**3. Os colaboradores participarão financeiramente nas mensalidades do plano?** 0%  
**4. Empresa de Grupo?** NÃO INFORMADO  
**5. Faturamento:** ÚNICO  
**6. Inclusão de Agregados?** SIM (IRMAO, IRMA, NETO, NETA, BISNETO, BISNETA, SOBRINHO, SOBRINHA, TIO, TIA, AVOS, BISAVOS, CUNHADO, CUNHADA, PRIMO, PRIMA, SOGRO, SOGRA)

**ITEM XI VIGÊNCIA DO CONTRATO**

O contrato começa a vigorar a partir de 05 de agosto de 2023, e terá duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses sendo prorrogado automaticamente por igual período.

**ITEM XII DECLARAÇÕES**

Declaramos, para todo e qualquer fim, que:

- 1 - Estamos cientes e de acordo com o presente contrato de Assistência Odontológica, o qual engloba as informações contidas neste formulário, bem como as condições gerais, as quais norteiam esta relação jurídica conforme o produto registrado na ANS 477.855/17-3;

- 2** - Que recebemos cópia do contrato, relação de procedimentos odontológicos cobertos, tabela de reembolso, guia de leitura contratual (GLC) e o manual de orientação para contratação de planos de saúde odontológica (MPS);
- 3** - 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)), bem como dos agregados assinalados no Item X - 6 - acima, sendo a movimentação cadastral processada preferencialmente via internet, junto ao Portal da Dental Uni, endereço eletrônico <https://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, bem como documentos comprobatórios quando solicitados pela Contratada;
- 4** - 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 a assinatura perde seu status, nos moldes delineados no contrato;
- 5** - 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;
- 6** - 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 na pasta dos colaboradores e deixá-la a disposição da DENTAL UNI;
- 7** - 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;
- 8** - Estamos cientes das informações pertinentes à cobertura, busca de profissionais via App mobile e site da operadora, utilização do plano e liberação do tratamento, tendo recebido todas as informações necessárias;
- 9** - Estamos cientes que contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários terão cumprimento de carência, conforme estabelecido em cláusula contratual, salvo em períodos de Campanhas Promocionais;
- 10** - Estamos cientes da aplicação de reajuste anual do plano, pela variação positiva do IPCA(Planos de Saúde)/IBGE e/ou outro Índice que venha a substituí-lo, bem como, caso haja o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, será reavaliado com aplicação de reajuste técnico, e que o mesmo terá vigência de **24 (vinte e quatro) meses**, tendo recebido todas as informações necessárias;
- 11** - 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; e, que, o mesmo deverá ocorrer com denúncia prévia de 60 (sessenta) dias;

**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;

**14** - Estamos cientes de que o período de permanência no plano é de **12 (doze) meses** após a adesão, 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 mediante comprovação do referido desligamento;

**15** - A exclusão porventura requerida pelo Beneficiário ao Contratante, dentro do período de **12 (doze) meses** contados da respectiva inscrição do Beneficiário no plano aqui tratado, ensejará a cobrança de penalidade por parte da Contratada à Contratante, correspondente as faturas vincendas do Beneficiário até a vigência mínima de **12 (doze) meses**, onde desde já a Contratante autoriza a debitar a respectiva cobrança;

---

Eu, José Paulo Filippin 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 299 do Código Penal, que dispõem: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular".

---

#### ITEM XIII 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 do plano DENTAL III CE BR(DENTAL ELITE), formatado nos moldes da Lei 9.656/98, cujo teor é de nosso inteiro conhecimento e cujas condições aceitamos sem ressalva ou restrição.

---

#### ITEM XIV ELEIÇÃO DE FORO

E, por estarem assim justos e contratados, elegem o FORO da comarca da CONTRATANTE para resolver questões oriundas do presente contrato e firmam o presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito, na presença de duas testemunhas, que também assinam.

---

**ITEM XV** QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

**PRIORIZA SOLUCOES FERROVIARIAS LTDA**

Curitiba, 20 de julho de 2023

---

**José Paulo Filippin**  
**CPF: 77404130034**  
**Nascido em: 17/01/1975**  
**Diretor**

---

**Ana Maria Zügel**  
**CPF: 27441598087**  
**Nascido em: 16/02/1959**  
**Testemunha**

---

**ITEM XVI** QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

**DENTAL UNI**



---

**Dr. Luiz Humberto De Souza Daniel**  
**Presidente**



---

**Dr. Paulo Henrique Cariani**  
**Vice Presidente**



---

**Jeferson Squioquet**  
**Cpf: 709.824.149-00**  
**Testemunha**