

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

COMPENSADOS IMPERIO LTDA

2. Nome Fantasia

MASTERPISO

3. CNPJ

80.813.710/0001-70

4. Inscrição Estadual

5. Inscrição Municipal

6. CNAE

16.21-8-00

7. Ramo de atividade

FABRICACAO DE MADEIRA LAMINADA E DE CHAPAS DE MADEIRA COMPENSADA, PRENSADA E AGLOMERADA

8. Rua/Av

ROD BR 116

9. Número

22473

10. Complemento

KM 110

11. Bairro

TATUQUARA

12. Cidade

CURITIBA

13. UF 14. CEP

PR

81.690-500

15. E-mail para envio de faturas

VANESSA@MASTERPISO.COM.BR

ITEM III ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Endereço

ROD BR 116

Numero

22473

Complemento

KM 110

Bairro

TATUQUARA

CEP

81.690-500

Cidade

CURITIBA

UF

PR

DDD + Telefone 1

30996712

DDD + Telefone 2

DDD + Celular

9 96088685

Pessoa de Contato VANESSA ESPERANÇA

Data Nascimento 17/08/1976

Setor RH

Função ANALISTA DE RH

E-mail VANESSA@MASTERPISO.COM.BR

ITEM IV REPRESENTANTE DE VENDAS

1. Razão Social UNIMED CURITIBA

2. Dados do Vendedor CLODOALDO MACHADO DIAS

3. Cód. Vendedor 1348

ITEM V PLANO CONTRATADO x ÁREA DE ATUAÇÃO x TIPO CONTRATAÇÃO

DENTAL III CE GM PR (DENTAL ELITE) - GRUPO DE MUNICÍPIOS
ANS 477.857/17-0

*O atendimento será prestado no grupo de Municípios pertencentes ao Estado do Paraná.

**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.

1. Valor da mensalidade	2. Valor da taxa de adesão	3. Emissão 2ª via de cartão	
15,72 REAIS	0,00 REAIS	10,00	
4. Pagamento da 1ª Mensalidade	5. Movimentação*	6. Vencimento	7. Forma de Pagamento
25/11/2022	ATÉ O DIA 30	TODO DIA 25	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?	2. Instituição financeira com que a empresa trabalha?
UNIMED CURITIBA	ITAU UNIBANCO S.A.

ITEM X PARTICIPAÇÃO NO PLANO CONTRATADO

1. Nº de Benef. (1º adesão): 113 VIDAS	2. Potencial da empresa: 114 VIDAS
3. Os colaboradores participarão financeiramente nas mensalidades do plano? 100%	
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 01 de novembro de 2022, 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 477.857/17-0;

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 incluídos 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 exige 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, PEDRO RAFAEL DE OLIVEIRA SIQUEIRA 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 GM PR(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

COMPENSADOS IMPERIO LTDA

Curitiba, 04 de outubro de 2022

PEDRO RAFAEL DE OLIVEIRA SIQUEIRA

CPF: 07295554882

Nascido em: 26/06/1966

Gerente financeiro

VANESSA ESPERANÇA

CPF: 87722461972

Nascido em: 17/08/1976

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
