

A **CONTRATANTE** declara ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica, 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 Empresarial 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 18.1, das Condições Gerais deste Contrato;
- c) Ser a única responsável perante a **SEMPRE ODONTO** pelo pagamento integral das Notas Fiscais/Faturas emitidas, aceitando, desde já, como valor mínimo a ser faturado, o equivalente a 02 (dois) **BENEFICIÁRIOS** inscritos no **PLANO DE BENEFÍCIOS** por mês de competência;
- d) Ser a única responsável perante a **SEMPRE ODONTO** pela observância das exigências estabelecidas na cláusula 2 no item 2.1, das Condições Gerais do Contrato para caracterização de **BENEFICIÁRIO**, quer **TITULAR**, quer **DEPENDENTE**, quer **AGREGADO**, comprometendo-se a encaminhar os respectivos comprovantes à **SEMPRE ODONTO**, sempre que por esta assim solicitado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias de tal solicitação;
- e) Manter o cadastro de todos os **BENEFICIÁRIOS** 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 contratados através deste Contrato;
- i) Conhecer as condições de utilização dos **PLANOS DE BENEFÍCIOS** pelos **BENEFICIÁRIOS**, bem como as responsabilidades advindas de sua má utilização;
- j) Conhecer as condições e formas de reajustes das Contribuições Mensais, estabelecidas no Capítulo 16, das Condições Gerais do Contrato;
- k) Ter ciência de que o envio dos documentos constantes na cláusula 13 das Condições Gerais deste Contrato deverá ser feito para o seguinte endereço: **Rua Evaristo da Veiga, 55 / 24º (Cobertura) - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-040**
- l) Ter ciência de que as Condições Gerais deste Contrato e todos os seus Anexos estão disponíveis no Portal: **www.sempreodonto.com.br/pme**.
- m) Ter ciência de que a relação contendo as substituições de prestadores ocorridas na rede credenciada nos últimos 180 (cento e oitenta) dias poderá ser consultada pelo portal da **CONTRATADA (www.sempreodonto.com.br)** ou na sua Central de Atendimento e Relacionamento. "Declaro, outrossim, ser representante legal da **CONTRATANTE**, estando habilitado a assumir as obrigações ora estabelecidas e a assegurar a veracidade e conhecimento das informações contidas nas **Condições Gerais do Contrato de Plano Privado de Assistência Odontológico Sempre Odonto** e, conseqüentemente, da presente **PROPOSTA CONTRATUAL** e dos **Aditivos de Redução de Carência, Procedimentos Cobertos, Aditivo SOS Dental, Resumo do Contrato**, tendo o **Plano Essencial II** registro na ANS sob o **n.º 465854110**. E, por justas e contratadas, celebram as partes o presente instrumento em 02 (dois) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo indicadas.

CENTRAL DE IMPLANTAÇÃO PME
Endereço de envio: **pme@sempreodonto.com.br**

Formalização

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura Contratante 1

Assinatura Contratante 2



Comprovante de Pagamento

Eu, _____ declaro que recebi da empresa contratante o valor de _____, referente ao pagamento da primeira mensalidade do plano odontológico contratado. As demais mensalidades serão pagas através de boletos bancários, que serão enviados para o e-mail cadastrado nesta proposta.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Corretor