



1. Identificação da CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL/NOME EMPRESARIAL (MEI)				NOME FANTASIA (OPCIONAL)	
CNPJ/MF   CAEPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	TELEFONE (    )	CELULAR (    )	
E-MAIL			CONTRIBUTARIEDADE <input type="checkbox"/> Subsidiado pela CONTRATANTE <input type="checkbox"/> Contribuição do BENEFICIÁRIO		
ENDEREÇO				COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	NÚMERO DO CONTRATO (CONTRATANTE IMPLANTADO)	

2. Identificação da SUBCONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL/NOME EMPRESARIAL (MEI)				NOME FANTASIA (OPCIONAL)	
CNPJ/MF   CAEPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	TELEFONE (    )	CELULAR (    )	
E-MAIL			CONTRIBUTARIEDADE <input type="checkbox"/> Subsidiado pela SUBCONTRATANTE <input type="checkbox"/> Contribuição do BENEFICIÁRIO		
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA				COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP		
ENDEREÇO DE FATURAMENTO (NA HIPÓTESE DO NÃO PREENCHIMENTO SERÁ CONSIDERADO O MESMO ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA)				COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP		

3. Identificação da OPERADORA

OPERADORA UNIMED SAÚDE E ODONTO S/A	CNPJ/MF 10.414.182/0001-09	INSCRIÇÃO ESTADUAL Isenta	INSCRIÇÃO MUNICIPAL -	REGISTRO ANS 41.680-1	
ENDEREÇO Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346	COMPLEMENTO 4º andar	BAIRRO Cerqueira César	CIDADE São Paulo	UF SP	CEP 01410-901

Produto

NÚMERO DE REGISTRO ANS
------------------------

Detalhe da contratação e distribuição dos beneficiários

DATA DA VIGÊNCIA INICIAL SUBCONTRATANTE / /	BENEFICIÁRIOS SUBCONTRATANTE Nº VIDAS TITULAR
TIPO FATURAMENTO <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL AO SUBCONTRATANTE	Nº VIDAS DEPENDENTE
	TOTAL

As partes acima qualificadas, de comum acordo e na melhor forma de direito, aditam o Contrato de Assistência Odontológica supracitado, conforme segue:

A segunda signatária, denominada **SUBCONTRATANTE** no preâmbulo, requer sua inclusão no Contrato de Assistência Odontológica, na segmentação coletiva empresarial, firmada pela empresa **CONTRATANTE** junto à **UNIMED ODONTO**, na condição de empresa **SUBCONTRATANTE**.

Por consequência, requer a inclusão das pessoas físicas, relacionadas no anexo, na condição de beneficiários da assistência odontológica coletiva empresarial.

A **SUBCONTRATANTE** declara conhecer os termos do Contrato de Assistência Odontológica celebrado pela **CONTRATANTE** com a **UNIMED ODONTO**, a eles aderindo integral e expressamente, com vigência inicial em    /    /    .

Outorga a **SUBCONTRATANTE**, por este instrumento, expressos poderes à **CONTRATANTE** para representá-la, e às pessoas físicas relacionadas no anexo, junto à **UNIMED ODONTO** para alterar, rescindir ou renovar o Contrato de Assistência Odontológica, em especial para aceitar alteração de valor de contraprestação (mensalidades) que considere, o índice eleito no contrato e sinistralidade.

**Declara a SUBCONTRATANTE que, com a presente adesão ao Contrato de Assistência Odontológica, tem ciência que a fatura de pagamento da Assistência Odontológica Coletiva Empresarial, será emitida pela UNIMED ODONTO diretamente para pessoa jurídica inclusa como SUBCONTRATANTE, ficando sob a responsabilidade da mesma a quitação da fatura, isentando a CONTRATANTE das responsabilidades financeiras atinentes à SUBCONTRATANTE.**

Declara a **SUBCONTRATANTE** estar ciente que a Contrato de Assistência Odontológica firmado pela **CONTRATANTE** tem prazo de \_\_\_\_\_ ano(s), a contar da data de seu início de vigência ou de sua última renovação, tácita ou expressa, e que a sinistralidade será apurada sempre no seu



aniversário, independentemente da data de sua adesão, considerando-se todos os beneficiários do **CONTRATANTE** e dos diferentes **SUBCONTRATANTES** nela incluídos.

Declara, ainda, estar ciente que a rescisão ou não renovação do Contrato de Assistência Odontológica, seja por iniciativa da **CONTRATANTE**, seja por iniciativa da **UNIMED ODONTO**, extingue as garantias previstas contratualmente a todos os beneficiários nela incluídos.

A **SUBCONTRATANTE** se compromete a entregar o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) para todos os novos proponentes, sendo que essa entrega deverá ocorrer antes de cada nova adesão ao contrato, podendo a **SUBCONTRATANTE** se utilizar do material disponibilizado pela **UNIMED ODONTO**.

Confirmada a adesão do(s) novo(s) beneficiário(s) titular(es), a **UNIMED ODONTO** disponibilizará a **SUBCONTRATANTE** ou **CONTRATANTE**, o Cartão de Identificação Individual dos beneficiários e demais documentos que façam parte da contratação, além do acesso ao portal para consulta do Guia de Leitura Contratual destinado a cada um dos beneficiários titulares.

Declara ciência e concordância, por fim, que na hipótese do **SUBCONTRATANTE** ser empresário individual apresentará para a **OPERADORA** no ato da contratação e, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a documentação, mínima, a seguir descrita: **(i)** comprovante de constituição como empresário individual extraído dos órgão oficiais (no ato da contratação deverá restar comprovada a constituição como empresário individual a, no mínimo, 06 (seis) meses antes da data da contratação); e **(ii)** comprovante de regularidade da situação cadastral do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ; **(iii)** sem prejuízo de outros que venham a substituí-los/complementá-los e que serão objeto de prévia solicitação pela **OPERADORA**, sob pena de cancelamento do contrato exclusivamente com o **SUBCONTRATANTE** nos termos da regulamentação vigente, no caso de não apresentação da documentação ou a disponibilização da mesma de forma intempestiva, incompleta e/ou ilegível.

*As coberturas e exclusões aplicáveis a cada um dos planos contratados constam nos Anexos das Condições Gerais, conforme produto contratado pela Contratante principal.*

O **CONTRATANTE** e o **SUBCONTRATANTE** declaram, para todos os fins e sob as penas da lei, que o grupo vinculado ao Contrato de Assistência Odontológica supracitado se enquadra em qualquer uma das condições de elegibilidade previstas no art. 5º da Resolução Normativa ANS nº 195/09, de 14 de julho de 2009, as quais estão descritas no conceito de **Contrato Coletivo Empresarial** mencionado no Contrato de Assistência Odontológica. Declaram, também, que os novos proponentes que venham a aderir ao contrato também cumprirão as condições de elegibilidade constantes do art. 5º da citada Resolução Normativa.

Por fim, declaram serem responsáveis pela reparação de eventuais danos, prejuízos e/ou sanções administrativas/judiciais que porventura sejam causados à **UNIMED ODONTO**, em virtude do não cumprimento das declarações ora firmadas.

Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas e condições do Contrato de Assistência Odontológica, não modificadas por este instrumento.

E, assim, estando de acordo e conformes, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor, sendo estas em documento físico, ou assinam o presente por meio eletrônico, digital e informático, sendo que as Partes, inclusive testemunhas, reconhecem a forma de contratação como válida e plenamente eficaz, conforme disposto na legislação vigente no Brasil, para todos os fins de direito.

CONTRATANTE:

Representante:

CPF:

SUBCONTRATANTE:

Representante:

CPF:

Dados dos responsáveis pela comercialização

Executivo de vendas Unimed Odonto:

Executivo de Relacionamento Unimed Odonto:

Corretor/Parceiro:

Código Corretor/Parceiro:

Vendedor responsável:

CNPJ Corretor/Parceiro: