

Proposta de contratação odontológica

Empresarial PME

CONTRATO 4600209433



Identificação da Contratante

RAZÃO SOCIAL/NOME EMPRESARIAL (MEI)
 COMPANHIA DE GAS DO ESPIRITO SANTO - ES GAS

NOME FANTASIA (OPCIONAL)
 COMPANHIA DE GAS DO ESPIRITO SANTO - ES GAS

CNPJ/MF | CAEPF
 34.307.295/0001-65

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL

TELEFONE
 (27) 3347-8907

E-MAIL
 leonardo.barros@esgas.com.br

PORTABILIDADE DE CARÊNCIA
 NÃO 1ª 2ª

CELULAR
 ()

NOME DA EMPRESA NO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO (18 CARACTERES)

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA
 AV NOSSA SENHORA DA PENHA, 714

COMPLEMENTO
 SALA 1101-1105 SALA 1116-1117

BAIRRO
 PRAIA DO CANTO

CIDADE
 VITÓRIA

UF
 ES

CEP
 29.055-130

ENDEREÇO DE FATURAMENTO (NA HIPÓTESE DO NÃO PREENCHIMENTO SERÁ CONSIDERADO O MESMO ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA)

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

Detalhe da contratação

DATA DA VIGÊNCIA VENCIMENTO DATA DA VIGÊNCIA VENCIMENTO DATA DA VIGÊNCIA INICIAL VENCIMENTO

01/ / 15 10/05/22 25 20/ / 5

PONTO DE EQUILÍBRIO (Percentual de sinistralidade que será utilizado no reajuste técnico previsto nas Condições Gerais do plano)
 55 %

CONTRIBUTARIEDADE

Integralmente subsidiados pela CONTRATANTE

Com contribuição do BENEFICIÁRIO

CONTRATAÇÃO

Facultativo (de acordo com a opção do beneficiário)

Compulsória: 100% do FGTS (GFIP)
 100% do total da categoria funcional de:
 100% do total da região:
 100% do Plano atual (Encampação):

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Cartão de identificação digital Cartão de identificação impresso/físico e digital

Plano(s) contratado(s)

	VALOR BENEFICIÁRIO	Nº VIDAS TITULAR	Nº VIDAS DEPENDENTE	VALOR TOTAL
ESSENCIAL				
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEMBOLSO 465.916/11-3 (ANEXO I)	R\$ 17,00	11	20	R\$ 527,00
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 465.919/11-8 (ANEXO II)	R\$			R\$
<input type="checkbox"/> ESSENCIAL RB 475.492/16-1 (ANEXO III)	R\$			R\$
ESSENCIAL PLUS				
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS SEM REEMBOLSO SEM COPARTICIPAÇÃO 469.057/13-5 (ANEXO IV)	R\$			R\$
<input type="checkbox"/> ESSENCIAL PLUS COP 477.395/16-1 (ANEXO V)	R\$			R\$
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS COM REEMBOLSO SEM COPAY 469.836/13-3 (ANEXO VI)	R\$			R\$
<input type="checkbox"/> ESSENCIAL PLUS COP RB 485.094/20-7 (ANEXO VII)	R\$			R\$
ESSENCIAL PLUS DOC				
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC SEM REEMBOLSO SEM COPART. 469.280/13-2 (ANEXO VIII)	R\$			R\$
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC C/ REEMBOLSO S/ COPARTICIPA 469.834/13-7 (ANEXO IX)	R\$			R\$
PLENO				
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM COPARTICIPAÇÃO E SEM REEM. 468.729/13-9 (ANEXO X)	R\$			R\$
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 468.725/13-6 (ANEXO XI)	R\$			R\$
<input type="checkbox"/> UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO COM REEMBOLSO E SEM COPART 468.730/13-2 (ANEXO XII)	R\$			R\$
TOTAL DE VIDAS				R\$

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

Coparticipação

PLANO CONTRATADO	PERCENTUAL CONTRATADO
UNIMED ODONTO ESSENCIAL SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 465.919/11-8	Selecione
ESSENCIAL PLUS COP 477.395/16-1	Selecione
ESSENCIAL PLUS COP RB 485.094/20-7	Selecione
UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO SEM REEMBOLSO E COPARTICIPATIVO 468.725/13-6	Selecione

O percentual da coparticipação definido nesta proposta consiste no pagamento de uma parte dos custos referentes a todos os procedimentos odontológicos cobertos e realizados.

Proposta de contratação odontológica

Empresarial PME



Reembolso

O valor do reembolso será apurado de acordo com as regras das Condições Gerais do item VIII – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.
O CO (Coeficiente Odontológico) aplicado à Tabela da Operadora é de R\$

PLANO CONTRATADO

ESSENCIAL RB | 475.492/16-1

UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS COM REEMBOLSO SEM COPAY | 469.836/13-3

ESSENCIAL PLUS COP RB | 485.094/20-7

UNIMED ODONTO ESSENCIAL PLUS DOC C/ REEMBOLSO S/ COPARTICIPA | 469.834/13-7

UNIMED ODONTO PLENO SEM ORTO COM REEMBOLSO E SEM COPART | 468.730/13-2

MÚLTIPLO CONTRATADO

Selecione

Selecione

Selecione

Selecione

Selecione

O múltiplo definido conforme plano contratado, garante o reembolso das despesas odontológicas realizadas com liberdade de escolha para todos os procedimentos odontológicos realizados, desde que cobertos.

Declaração e termo de responsabilidade

OPERADORA:

1. A UNIMED SAÚDE E ODONTO, informa para os devidos fins que está registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o número 41.680-1, operando com produtos exclusivamente odontológicos.

CONTRATANTE:

1. Declara que recebeu o Contrato Coletivo Empresarial Odontológico e respectivos Anexos, de acordo com as características do(s) produto(s) contratado(s), conforme assinalado na proposta, código **FO - 1091 V06**, não restando assim, dúvidas quanto ao conteúdo de suas cláusulas, especialmente aquelas relativas às coberturas contratadas.
2. Declara que recebeu, leu e compreendeu o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde – MPS, previamente à contratação do plano.
3. Está ciente e concorda que na hipótese de emissão de segunda via de cartão, conforme previsto no item 2.1.12.2 das Condições Gerais, será cobrado o valor de R\$ 5,00 (cinco reais).
4. Declara que está ciente e concorda com as responsabilidades relativas à entrega do Guia de Leitura Contratual aos Beneficiários e que se responsabiliza por informar aos Beneficiários quanto à possibilidade de utilização da biometria facial para fins de reconhecimento/elegibilidade, mediante cadastramento via SMS, e-mail e/ou telefone celular, entre outros, conforme previsão constante das Condições Gerais.
5. Declara ser responsável pela veracidade das informações e assume a responsabilidade pelas informações prestadas, ciente que a OPERADORA poderá exigir, a qualquer tempo documentos oficiais que comprovem a legitimidade da CONTRATANTE e de seus beneficiários e outros documentos que se fizerem necessários, por força da legislação vigente.
6. Declara que está ciente e concorda que deverá quitar as mensalidades a fim de evitar quaisquer prejuízos à utilização dos serviços contratados em conformidade com o Contrato.
7. Declara ter ciência que o Rol de Eventos e Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
8. Declara estar ciente que os prazos de carência previstos na cláusula VI – Períodos de carência serão isentos, exceto prótese e ortodontia, quando na contratação de menos de 30 vidas, em até 30 dias da contratação e/ou inclusão do beneficiário.
9. Declara que contratou o(s) Plano(s) Odontológico(s) registrado(s) na ANS, garantido pela OPERADORA, conforme planos selecionados no item "Plano(s) contratado(s)" desta proposta e para todos os fins e sob as penas da lei que o Grupo vinculado ao contrato obedece às condições de elegibilidade previstas no art. 5º da Resolução normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009.
10. Declara que os novos proponentes que venham aderir ao contrato a partir do início de vigência também cumprirão as condições de elegibilidade constantes do art. 5º da supracitada Resolução Normativa.
11. Declara, ainda, ser responsável pela reparação de eventuais danos, prejuízos e/ou sanções administrativas/judiciais que por ventura seja causados à OPERADORA, em especial por àqueles impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo Poder Judiciário, em virtude do não cumprimento das declarações firmadas no presente instrumento.
12. Declara estar de acordo e ciente de que os comunicados/notificações realizados pela OPERADORA, através do e-mail indicado nesta Proposta de Contratação no campo de "Identificação", são plenamente válidos, para todos os efeitos legais, e assume a obrigação de mantê-lo atualizado, ciente de que a atualização deverá ser comunicada à OPERADORA e reduzida a termo por meio de aditivo à presente Proposta de Contratação para que surta seus efeitos legais.
13. Declara que optou pela emissão do cartão de identificação conforme item "Detalhe da contratação" presente nesta Proposta de Contratação e no item 2.1.12.1 do Contrato Coletivo Empresarial Odontológico.

Proposta de contratação odontológica

Empresarial PME



14. Declara ter ciência sobre o corretor ou parceiro citado no campo "Dados dos responsáveis pela comercialização" a responsabilidade na comercialização do plano odontológico.
15. Declara que está ciente que em caso de portabilidade de carências a OPERADORA observará o prazo previsto na regulamentação vigente para aceitação e ou recusa da proposta, além dos requisitos, informações e documentos também previstos na regulamentação vigente para fins de aceitação da portabilidade ou cancelamento do plano de origem.
16. Declara ciência e concordância, por fim, que na hipótese do CONTRATANTE ser empresário individual que apresentará para a OPERADORA no ato da contratação e anualmente no mês de aniversário do contrato a documentação a seguir descrita: (i) comprovante de constituição como empresário individual extraído dos órgãos 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 nos termos da regulamentação vigente, no caso de não apresentação da documentação ou a disponibilização da mesma de forma intempestiva, incompleta e/ou ilegível.



CONTRATANTE: **COMPANHIA DE GÁS DO ESPIRITO SANTO**
Representante: **HEBER VIANA DE RESENDE E WALTER FERNANDO PIAZZA JUNIOR**
CPF: **474.968.607-78 e 343.134.609-00**
Cargo: **Diretor-Presidente e Diretor Administrativo-Financeiro**

20/04/22

Dados dos responsáveis pela comercialização

Executivo de vendas Unimed Odonto: 158

Corretor/Parceiro: UNIMED VITÓRIA

Vendedor responsável: MATHEUS MOULIN REIS

Executivo de Relacionamento Unimed Odonto: 19

Código Corretor/Parceiro: 276

CNPJ Corretor/Parceiro: 27.578.434/0001-20

