

Termo de Adesão UNIODONTO - Contrato Plano ODONTO MASTER para os associados do Sindicato dos Técnico-Administrativos em Educação das Instituições Federais de Ensino Vinculadas ao Ministério da Educação e Cultura de Porto Alegre, Canoas, Osório,

Tramandaí, Imbé, Rolante, Eldorado do Sul, Guaíba, Viamão e Alvorada

**Preencha seus dados cadastrais e de seus dependentes para adesão ao Plano Odontológico da Uniodonto - ODONTO MASTER.**

#### DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

|                       |                     |                      |               |                   |
|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------|-------------------|
| Nome completo         |                     | Data de Nasc.        | Sexo          | Sócio ASSUFRGS Nº |
| Nome da mãe completo  |                     | Nome do pai completo |               |                   |
| CPF                   | RG                  | órgão Emissor        | Estado civil  |                   |
| Endereço residencial  |                     | Nº                   | Compl.        | Bairro            |
| Município             | CEP                 | UF                   | UNIVERSIDADE: |                   |
| Telefone Residencial: | Telefone Comercial: | Telefone Celular:    | E-mail:       |                   |

#### DADOS PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

| Dados Usuário Dependente |                      |    |                      |                             |      |
|--------------------------|----------------------|----|----------------------|-----------------------------|------|
| 1                        | Nome completo        |    | Grau de depend.      | Data de Nasc.               | Sexo |
|                          | Nome da mãe completo |    | Nome do pai completo |                             |      |
|                          | CPF                  | RG | órgão Emissor        | Telefones: Res.<br>Celular: |      |
| Dados Usuário Dependente |                      |    |                      |                             |      |
| 2                        | Nome completo        |    | Grau de depend.      | Data de Nasc.               | Sexo |
|                          | Nome da mãe completo |    | Nome do pai completo |                             |      |
|                          | CPF                  | RG | órgão Emissor        | Telefones: Res.<br>Celular: |      |
| Dados Usuário Dependente |                      |    |                      |                             |      |
| 3                        | Nome completo        |    | Grau de depend.      | Data de Nasc.               | Sexo |
|                          | Nome da mãe completo |    | Nome do pai completo |                             |      |
|                          | CPF                  | RG | órgão Emissor        | Telefones: Res.<br>Celular: |      |
| Dados Usuário Dependente |                      |    |                      |                             |      |
| 4                        | Nome completo        |    | Grau de depend.      | Data de Nasc.               | Sexo |
|                          | Nome da mãe completo |    | Nome do pai completo |                             |      |
|                          | CPF                  | RG | órgão Emissor        | Telefones: Res.<br>Celular: |      |

Os valores e condições de atendimento não fazem distinção entre titular e dependente.

#### Inscrição por pessoa: R\$ 44,43

Composto por R\$8,46 referentes a taxa de adesão e R\$ 35,97 referentes ao Fundo de Reserva para o plano Odonto Master para os associados Assufrgs, a ser cobrado no ato da adesão ao Plano Odonto Master.

#### Mensalidade por pessoa: R\$ 35,97

Composto por R\$ 32,80 referentes ao custo do Plano Odonto Master e R\$3,17, referentes a Taxa Administrativa, a ser cobrado no início de cada mês de vigência do Plano Odonto Master.

- O valor de R\$ 32,80 referentes ao custo do Plano Odonto Master, é despesa dedutível para fins de

*IMPOSTO DE RENDA conforme Lei nº 9.250/95, arts. 5º, § 2º, e 8º, inciso II, "a", e § 2º; Decreto nº 3.000/99 – Regulamento do Imposto sobre a Renda - RIR/1999, art. 80; IN SRF nº 208/02, art. 16, § 4º; IN RFB nº 1.500/14, arts. 94 a 100; e Solução de Consulta Cosit nº 173/15.*

Para informações detalhadas, consultar as perguntas 150 e 151 do caderno de perguntas e respostas do IRPF 2018 (Perguntão - Receita Federal):

<http://idg.receita.fazenda.gov.br/interface/cidadao/irpf/2018/perguntao/perguntas-e-respostas-irpf-2018-v-1-0.pdf>

#### **Quem pode ser incluído como Dependente:**

Cônjuge ou companheiro(a);

Os filhos, netos e enteados, menores sob guarda e tutelados;

Ou outros, desde que dependentes legais conforme Declaração de Imposto de Renda.

#### **DAS INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO**

As inclusões deste documento somente serão efetivadas, estando todos os campos solicitados preenchidos, legíveis e sem abreviações. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do titular no Plano Odonto Master (plano privado de assistência à saúde), ocorrerá a partir do pagamento da primeira mensalidade e está condicionado ao recebimento da Carteira do Plano.

#### **DO PAGAMENTO**

A totalidade das mensalidades, tanto do titular, quanto de seus dependentes, deverá ser debitadas via o Sistema de Convênios do Sindicato, seguindo o calendário de inclusão de débitos já vigente, conforme consta a seguir:

O calendário de adesão compreenderá o período entre o dia 16 de um mês, até o dia 15 do mês seguinte. Desta maneira:

- Aqueles que aderirem até o dia 15 de cada mês serão incluso no sistema Uniodonto no primeiro dia útil do mês subsequente, quando do débito da primeira mensalidade.
- Aqueles que aderirem ao plano após o dia 15 de cada mês, serão incluídos no sistema Uniodonto no primeiro dia útil do segundo mês subsequente, quando do débito da primeira mensalidade.

#### **Exemplo:**

| Período de Adesão | 1ª Mensalidade | Liberação Uso |
|-------------------|----------------|---------------|
| De 16/01 à 15/02  | 01/03          | 01/03         |
| De 16/02 a 15/03  | 01/04          | 01/04         |

O filiado que não provisionar o valor para efetivação do débito em conta corrente, deverá fazer a liquidação na tesouraria do sindicato até o dia 10 do mês do débito em questão. Não havendo a quitação até o prazo determinado, o titular e seus dependentes serão excluídos do plano sumariamente.

Conforme o contrato firmado entre o Sindicato e a Uniodonto Porto Alegre, nº 1131, o valor individual de mensalidade é R\$ 35,97 e será reajustado anualmente conforme índice elegido nos termos assinados.

#### **DA ADESÃO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E DA DESVINCULAÇÃO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

O Associado do Sindicato estabelece, na contratação do plano Odonto Master, contrato de prestação de serviço pela Uniodonto Porto Alegre, com cobertura nacional. A relação de tratamentos cobertos pelo plano e a pesquisa por profissionais por cidade e/ou região pode ser acessada no site: <http://www.uniodontopoa.com.br/>. A contratação do serviço é mediada pelo Sindicato, e condicionada a associação do titular beneficiário do plano a mesma.

O uso do plano odontológico está condicionado a apresentação da Carteira do Plano Odonto Master Uniodonto, que estará disponível para o Associado no setor de Convênios do sindicato a partir do pagamento da primeira mensalidade do plano, conforme exemplo demonstrado na tabela acima.

O valor da taxa mensal individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no contrato celebrado entre o Sindicato e a Uniodonto Porto Alegre.

Qualquer serviço/atendimento que não esteja coberto pelo plano Odonto Master deverá ser combinado diretamente entre profissional e paciente, ficando o Sindicato ou a Uniodonto Porto Alegre livres de qualquer responsabilidade sobre o mesmo.

No caso de extravio ou perda da carteira o contratante arcará com o custo de R\$ 8,46 para confecção de uma nova unidade.

O atendimento do beneficiário titular/beneficiário dependente junto aos dentistas cooperados do Sistema Uniodonto somente será possível com a apresentação da carteira de atendimento Uniodonto, bem como documento de identificação com foto.

O cartão de identificação do beneficiário é documento pessoal e intransferível. A utilização indevida por terceiros acarretará as penalidades previstas em lei específica.

Na eventualidade do beneficiário titular desligar-se do plano ora contratado, o mesmo somente poderá retornar ao plano de prestação de serviços odontológicos com a operadora Uniodonto Porto Alegre após o pagamento do valor da inscrição, citado acima.

#### **DA ADESÃO**

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas no presente termo, bem como estou ciente sobre as formas de pagamento e de atendimento do plano ora contratado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular**