

**Operadora:** Uniodonto Metropolitana  
**CNPJ:** 01.066.312/0001-60  
**Nº Registro na ANS:** 38.233-7  
**comercial@uniodonto-metropolitana.com.br**  
**Telefones:** (21) 2771-7295 ou (21) 2671-8785  
**WhatsApp:** (21) 99792-3322

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA**  
**PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR – VENDA ONLINE**  
**CONTRATO ANS: 403.107/98-5**

Declaro que as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas e que não foram omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da referida proposta ou no valor da contraprestação pecuniária, bem como estou ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro e artigo 3o da resolução 2/98 do Consumidor, se forem constatados dados inverídicos, falsos ou incompletos, ficarei sujeito à suspensão ou denúncia do contrato.

- 1 - Declaro que tenho conhecimento do conteúdo do Manual de Orientação para contratação de planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com seus termos e, portanto, aceito a presente proposta contratual.
- 2 - Declaro ter ciência de que a rede credenciada definida pelo tipo de plano contratado terá suas atualizações no site [www.uniodonto-metropolitana.com.br](http://www.uniodonto-metropolitana.com.br).
- 3 - Declaro que tenho ciência de que o Rol de procedimentos odontológicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).
- 4 - Tenho ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação de o beneficiário titular e estará disponível no Portal de Vendas da contratante para quaisquer necessidades de consultas.
- 5 - Tenho ciência de que a Uniodonto Metropolitana desenvolve, continuamente, vários programas de saúde bucal e que a elegibilidade para esses programas depende da ocorrência de situações de saúde bucal específicas. Assim, autorizo que a Uniodonto metropolitana tenha acesso aos resultados dos exames e tratamentos que vierem a ser cobertos por ela, com a finalidade específica de verificar a elegibilidade e o acompanhamento para um ou outro programa de saúde bucal.
- 6 - Estou ciente e autorizo a cobrança através de meio eletrônico.

Local e Data

---

Assinatura

---