



Odonto System ***Solução completa***

Vantagens e facilidades
para sua empresa.
Satisfação e motivação
para os seus colaboradores.



Odonto System no Brasil

Há 26 anos a Odonto System viabiliza serviços odontológicos de qualidade contribuindo para a melhoria da saúde, bem estar e estética dos clientes.



4000
empresas
clientes
e parceiras

1.300
dentistas
especializados

600 mil
usuários

Odonto System no Brasil

Somos, em 2015, novamente a Faixa Máxima de Desempenho no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

A **MELHOR** operadora de grande porte exclusivamente odontológico do Brasil em **Atenção à Saúde**.

Uma das **CINCO MELHORES** operadoras do Brasil em **Satisfação do Beneficiário**





MAIS DE 600 MIL
SORRISOS
EM NOSSOS PLANOS.

 Odonto
System

Já pensou:

- Gerar maior fidelização dos seus clientes ?
- Aumentar a satisfação de seus colaboradores ?
- Agregar valor a sua marca e negócio com benefícios diferenciados?

Tudo isso aumentando receita e produtividade da sua empresa?

**Conheça nossas
soluções corporativas.**

Produtos & Serviços

Adequados ao seu negócio



A Odonto System tem serviços e produtos customizados, direcionados à saúde física, emocional, social, profissional e financeira.

Focados em **potencializar o seu negócio** à resultados sustentáveis e, agregar valor na fidelização de seus clientes, os serviços e produtos Odonto System **são completos para sua empresa.**



Plano Odontológico

A sua saúde, o nosso sorriso.

O Plano Odontológico é pensado para tratar o cliente de forma completa.

Atendemos as mais diversas especialidades, o plano estimula a prevenção e promove um tratamento contínuo e de qualidade, com uma ampla rede de dentistas especializados.

Vantagens:

- Marcação de consultas online
- Ampla rede credenciada e clínicas
- Guia online de dentistas
- Consultório móvel e cadeira móvel
- Programa de Prevenção
- Moderna infraestrutura
- Planos sem perícia
- Equipamentos de última geração
- Melhor custo/benefício do mercado
- Vantagens e Descontos

Clínicas e Credenciados

Atendimento



Com uma rede de clínicas próprias e credenciadas, a Odonto System tem um padrão de estrutura física e funcionamento, pensados para proporcionar conforto e bem-estar ao cliente, atendendo todas as normas de biossegurança estabelecidos pela Vigilância Sanitária.

A Odonto System é garantia de comodidade aos clientes.

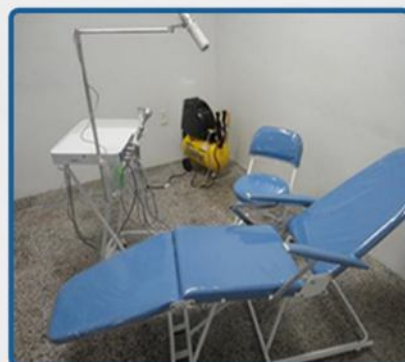
Odonto System nas empresas

O atendimento onde você está

A Odonto System leva à sua empresa tratamento e orientação personalizada.

Ações em parceria com o calendário da sua empresa:

- Participação em CIPA, SIPAT e Semana da Saúde;
- Eventos comemorativos da empresa;
- Ações customizadas, gerando integração e motivação;
- Palestras de prevenção com dentistas credenciados;
- Palestras de novos serviços e benefícios de fidelização;
- Atendimento in company – consultório móvel;
- Baixo índice de absenteísmo em relação ao atendimento odontológico.



Portal Empresarial

O canal de gestão prática e rápida.

Mais vantagens, agilidade e comodidade.

Um portal de gestão de benefícios odontológicos que possibilita sua empresa gerenciar com **agilidade e segurança** os extratos e faturas Odonto System.



Outras vantagens:

- Consultar adesões e cancelamentos;
- Visualizar extratos;
- Imprimir boleto;
- Autorizar faturamento;
- Integrar a folha de pessoal da sua empresa com o desconto a ser concedido para o colaborador.

Sorriso Premiado

O programa de prêmios Odonto System

O Sorriso premiado é um programa que gera prêmios para a sua empresa.

Mais uma oportunidade de agregar benefícios a sua gestão.
Uma excelente oportunidade motivacional para o RH.



- Empresa ganha brindes/presentes/prêmios para sortear em festas e confraternizações.
- Sem custos para o cliente empresa.
- Agrega benefícios à gestão.

Odonto System MasterCard

Solução completa para sua empresa

Pensando na saúde financeira da sua empresa e de seus colaboradores, a Odonto System oferece o ODONTO SYSTEM MASTERCARD, o cartão pré-pago que traz muitos benefícios para sua empresa.



*Um cartão
para **simplificar**
sua gestão!*

Odonto System MasterCard

*Cartão pré-pago aceito
em toda Rede MasterCard*



- *Sem consultas ao SPC e SERASA.*
- *Sem comprovação de renda.*
- *Não precisa ter conta em banco.*
- *Todas as vantagens de um cartão de crédito sem pagar juros.*
- *Acesso a benefícios para sua empresa e colaboradores.*

Odonto System MasterCard

Facilidade para sua gestão.

O cartão pré-pago que traz para sua empresa facilidades para administrar em um único canal os benefícios que sua empresa entrega aos colaboradores, com vantagens e satisfação dos colaboradores.



ECONOMIA

Mais benefícios pagando menos.



FACILIDADE

Gestão prática, fácil e rápida dos benefícios.



MOTIVAÇÃO

Satisfação e estímulo dos colaboradores.



O.S. benefícios

Um pacote para facilitar sua gestão



Benefícios para a sua empresa

A sua empresa pode **administrar em um único canal** a entrega mensal de benefícios:



Adiantamento
de viagens



Premiações



Participação
nos lucros



Comissões



Vale combustível

Benefícios para o seu colaborador

mais benefícios, pacotes com valores abaixo do mercado:

Odonto Plus

- Seguro residencial
- Assistência residencial
- Sorteios
- Orientação médica
- Orientação nutricional
- Desconto em medicamentos
- Serviços financeiros



Odonto Fácil

- Seguro de vida
- Assistência residencial
- Assistência funeral
- Sorteios
- Orientação médica
- Orientação nutricional
- Desconto em medicamentos
- Serviços financeiros



Odonto Saúde

- Orientação médica
- Orientação nutricional
- Desconto em medicamentos
- Serviços financeiros



Sorria Club

Seu clube de descontos exclusivos Odonto System!

Um clube de benefícios que oferece **descontos especiais em diversos estabelecimentos** como farmácias, óticas, clínicas de estética, faculdades, restaurantes e outros para clientes Odonto System.

- *Descontos em diversos estabelecimentos.*
- *Sem ônus para o cliente Odonto System.*
- *Parceiros em todo Brasil.*



Basta se cadastrar !
www.sorriacub.com.br

Clubinho do Sorriso

O sorriso do seu filho, um cuidado especial!

O Clubinho do Sorriso é um benefício que a Odonto System entrega para a prevenção e manutenção da saúde do seu filho.

Todo cliente Odonto System passa a ter direito a incluir filhos de até 5 anos de idade no plano, sem custo adicional, basta completar 12 meses de plano.



- *Inclusão de beneficiários sem custo;*
- *Serviço especializado de Odontopediatria;*
- *Cuidado da saúde bucal do seu filho;*
- *Sem limite de beneficiários dentro das regras do programa;*
- *Sem burocracia.*

PROPOSTA

Parceria Natuseg e Odonto System



Cenário

Num **ambiente competitivo**, as empresas buscam constantemente **novas técnicas** de gerenciamento para atingir altos níveis de desempenho.

Com **soluções** que proporcionam **aumento dos níveis de fidelização dos clientes**, produtividade e satisfação da sua equipe de colaboradores, sua empresa garante o retorno imediato, com as soluções Odonto System.

Proposta

Fidelização

As soluções Odonto System proporcionam desenvolvimento da sua receita, fidelização de seus clientes, e você pode estender o benefício para seus colaboradores, proporcionando a valorização completa de sua empresa

Serviços Agregados

É importante atribuir valor aos serviços oferecidos por sua empresa e mostrar que existem condições diferenciadas e benefícios completos para seus clientes.

Com a parceria Odonto System e Natuseg, as melhores soluções estarão disponíveis de forma personalizada para os seus clientes e colaboradores

Proposta

Fidelização CLIENTES

Plano Prevenção e Saúde Integral (PSI)

Com o foco de um **atendimento com qualidade pensando no bem estar, saúde e estética de seus colaboradores**, com uma ampla rede de **dentistas especializados** nos mais diversos procedimentos.

Benefício do plano odontológico:

- ✓ Atendimento de urgência;
- ✓ Programa de prevenção (Limpeza, fluor, etc)
- ✓ Radiografias
- ✓ Restaurações**
- ✓ Tratamento de crianças
- ✓ Extrações
- ✓ Tratamento e retratamento de canal
- ✓ Cirurgia oral menor
- ✓ Controle de placa bacteriana e tratamento de gengivite

*Modalidade Compulsório: fatura fechada, a empresa contrata o pacote de benefícios para 100% dos colaboradores.

* **verificar no contrato do plano quais dentes cobrem a restauração

Condições Comerciais Fidelização CLIENTES

PRODUTO	INDIVIDUAL OU FAMILIAR	EMPRESARIAL			
		3 a 29	30 a 99	100 a 499	mais de 500 vidas
Plano Odontológico PSI	28,90	22,90	18,90	15,90	13,90
Plano Odontológico PSI + Ortodontia	103,90	97,90	93,90	90,90	88,90
Plano Odontológico PSI + Cesta Fácil	38,80	32,80	28,80	25,80	23,80
Plano Odontológico PSI + Ortodontia + Cesta Odonto Fácil	113,80	107,80	103,80	100,80	98,80

Meios de Pagamentos:

Fidelização CLIENTES

Cartões de crédito

- ☐ Hiper Card
- ☐ Martercard
- ☐ Visa

Débito em conta: Todos os bancos, com exceção da Caixa Econômica.

Obs: Banco do Brasil é necessário pegar uma autorização em qualquer agência.

Benefícios adicionais: Fidelização CLIENTES

- ❑ Para próteses, clareamento ou periodontia cobrimos até 70% do valor de acordo com procedimento a ser realizado.
- ❑ Para mensalidade do Aparelho ortodôntico – o Cliente pagará R\$ 75,00 por mês (planos com co participação).
- ❑ Carências:
 - ❑ 90 dias para endodontia (tratamentos de canal).
 - 120 dias para cirurgia.
 - 30 dias para primeira consulta e demais procedimentos.
- ❑ **Vigência:** 18 meses.

Como preencher propostas: sempre em duas vias

Fidelização CLIENTES

1ª parte - Dados cadastrais do cliente:

Na epigrafe da proposta deverá ser colocado nome do Titular do plano, independente dele está ou não participando do plano.



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL OU FAMILIAR**
Odonto System Planos Odontológicos LTDA. CNPJ: 23.595.762/0001-83
PROPOSTA DE ADESAO

ANS - nº 33.458-8

CONTRATANTE (NOME COMPLETO)

CPF	-	RG	ORG. EXP - UF	
PIS/PASEP ou NIT		Data de Nascimento ____/____/____	País	
Cartão Nacional de Saúde		Sexo () Masculino () Feminino		
Nome da mãe				
Estado civil () solteiro (a) () casado (a) () viúvo (a) () outros				
Declaração de Nascido Vivo - nascidos a partir de Janeiro/2010			Naturalidade	
Nacionalidade	Escolaridade		End. Residencial	
Bairro		Nº	Complemento	
Cidade		UF	CEP	
Telefone residencial: ()		Celular: ()	Telefone comercial: ()	
E-mail		Empresa onde trabalha		



Como preencher propostas: sempre em duas vias

Fidelização CLIENTES

2ª parte – Dependentes:

Dependentes :

É indispensável o preenchimento de todos os campos.

Caso o dependente tenha menos de 18 anos o campo de CPF não tem preenchimento obrigatório.

Observações: 1- Procedimentos em co-participação não estão sujeitos à carência 2- Cobertura do Kit ortodôntico, exceto procedimentos/atos inseridos no rol da ANS, somente mediante assinatura de contrato de ortodontia.			
Nome do beneficiário 1		CPF	
Data de nascimento ____/____/____	Telefone ()	Nome da mãe do beneficiário 1	Sexo () M () F
Parentesco		Declaração de Nascido Vivo - nascidos a partir de Janeiro/2010	
Cartão Nacional de Saúde			
Nome do beneficiário 2		CPF	
Data de nascimento ____/____/____	Telefone ()	Nome da mãe do beneficiário 1	Sexo () M () F
Parentesco		Declaração de Nascido Vivo - nascidos a partir de Janeiro/2010	
Cartão Nacional de Saúde			
Nome do beneficiário 3		CPF	
Data de nascimento ____/____/____	Telefone ()	Nome da mãe do beneficiário 1	Sexo () M () F
Parentesco		Declaração de Nascido Vivo - nascidos a partir de Janeiro/2010	
Cartão Nacional de Saúde			

Este contrato encontra-se registrado no 1º Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas de Maracanã/CE, Cartório Albuquerque, Microfilmado em 10/07/2014 sob o nº 431293.

Como preencher propostas: sempre em duas vias

Fidelização CLIENTES

3ª parte – Tipo de plano e carências:

PRODUTO CONTRATADO (MARQUE O PLANO ESCOLHIDO)				
Plano escolhido	Registro na ANS Nº	Nome Comercial Plano	Tipo de Contratação	Vigência (meses)
	466221121	Prevenção II	Individual ou familiar	18
	465374112	Prevenção e Saúde Especial II	Individual ou familiar	18
	466217122	Prevenção e Saúde Integral II	Individual ou familiar	18
	466226121	Executivo II	Individual ou familiar	18
	466224125	Executivo com Prótese II	Individual ou familiar	18
CARÊNCIAS		VALORES		
Grupo	Prazo	Valor unitário do plano:		
Urgência	24 horas	1. R\$ _____ (_____) por beneficiário titular.		
Prevenção	30 dias	2. R\$ _____ (_____) por beneficiário dependente.		
Clínico	30 dias	3. R\$ _____ (_____)		
Endodontia		Valor total a ser cobrado		
Cirurgia				
Prótese				
Periodontia				

Como preencher propostas: sempre em duas vias

Fidelização CLIENTES

4ª parte – Verso da proposta:

Assinatura do Cliente – A assinatura deverá ser sempre do responsável pelo pagamento, sendo ele usuário ou não do plano.

Forma de pagamento:

Escolher uma das opções:

1. Autorizo débito no meu cartão de crédito.
2. Autorizo débito em minha conta corrente.

Como preencher propostas: sempre em duas vias

Fidelização CLIENTES

4ª parte – Verso da proposta:

Informações para fins cadastrais:

Marcar **SEMPRE** a opção de pessoa física.

Caso o titular seja usuário do plano marcar **TITULAR USUÁRIO**.

Caso o titular seja apenas responsável pelo pagamento marcará **TITULAR NÃO USUÁRIO**.

As opções de **TITULAR PASSA A SER USUÁRIO** ou **ALTERAÇÃO DE CADASTRO** só serão utilizadas em alterações de cadastro. Ou seja, não deverão ser preenchidas. Esse procedimento somente será realizada na sede da Odonto System.

Representante: Nome do Produtor que realizou a venda.

Como preencher propostas: sempre em duas vias

Fidelização CLIENTES

1. () Autorizo Débito no meu cartão de crédito/convênio _____

Nº Val. Cod.Seg. _____

Titular: _____ Data do venc. _____

2. () Autorizo emissão de boleto para pagamento em bancos e/ou correspondentes bancários

3. () Autorizo desconto em folha de pagamento (anexar cópia do contra-cheque)

NºMatrícula órgão: _____ () federal () estadual () municipal

4. () Autorizo débito na minha conta c/c do banco _____

Agência _____ C/C Nº _____

5. () Autorizo débito em minha conta Coelce / Nº do cliente _____ - _____

Integra o presente formulário de adesão as cláusulas e condições contratuais e o anexo de cobertura contratual, estando os referidos documentos também disponibilizados no *site* www.odontosystem.com.br.

Declaro ter recebido, previamente à assinatura da presente proposta de adesão, o Manual de Orientação para a Contratação de Plano de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

(cidade) _____ (UF) _____, (dia) _____ de (mês) _____ de (ano) _____.

CONTRATANTE

USO EXCLUSIVO DA EMPRESA

Informações para fins cadastrais

() pessoa física () funcionário público

() titular usuário () titular não usuário

Confirm. _____/_____/_____
Cadastro _____/_____/_____
Faturado _____/_____/_____
EmitCart _____/_____/_____
Visto: _____

Representante: _____ Cód.: _____

Assinatura _____

Como preencher propostas: sempre em duas vias

Fidelização CLIENTES



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
COLETIVO EMPRESARIAL**
Odonto System Planos Odontológicos LTDA.
CNPJ: 23.595.762/0001-83

CONTRATANTE			
Razão Social XXXXX			
Nome fantasia XXXXX		CGF	
CNPJ XXXXX		Inscrição Municipal	
End. Comercial XXXXX		Complemento XXXXX	
Bairro XXXXX	Cidade XXXXX	UF XXX	CEP XXXX
Telefone XXXX	Fax XXXX	E-mail XXXXX	
Representante legal (Nome completo) XXXX			Data de nascimento XXXX
Telefone XXXX	Celular XXXXX	CPF XXXXX	
E-mail XXXXX	Número mínimo de usuários XXXX	Quantidade de funcionários XXXXX	
Data do vencimento da fatura (Por extenso)		Data do 1º vencimento	
REPRESENTANTE (CONTRATADA)			
Nome			Código
Substituto Tributário: () Sim () Não () Outros			
Observações:			
1- Procedimentos em co-participação não estão sujeitos a carência;			
2- Cobertura do Kit ortodôntico, exceto procedimentos atos inseridos no rol da ANS, somente mediante assinatura de contrato de odontia.			
3- Demais			

PRODUTO CONTRATADO (MARQUE O PLANO ESCOLHIDO)				
Plano escolhido	Registro na ANS Nº	Nome Comercial Plano	Tipo de Contratação	Vigência (meses)
	466251126	Prevenção I	Coletivo Empresarial	
X	466375114	Prevenção e Saúde Especial I	Coletivo Empresarial	24
	466220122	Prevenção e Saúde Especial/Todas as Classes I	Coletivo Empresarial	
	466372116	Prevenção e Saúde Integral I	Coletivo Empresarial	
	466208125	Essencial I	Coletivo Empresarial	
	466225127	Essencial com Prótese I	Coletivo Empresarial	
	466204117	Plano Premium I	Coletivo Empresarial	
	466212123	Plano VIP I	Coletivo Empresarial	



CARÊNCIAS

Grupo	Prazo
Urgência	_____
Prevenção	_____
Clinico	_____
Endodôntia	_____
Cirurgia	_____
Prótese	_____
Parodontia	_____

* Cumprindo os requisitos normativos da CLÁUSULA IX - ~~REGRAS DE CARÊNCIAS~~ exigido o cumprimento das períodos de carências.

Valor unitário do plano:

1. R\$ _____ (_____) por beneficiário titular

2. R\$ _____ (_____) por beneficiário dependente

Integra o presente formulário de adesão às cláusulas e condições contratuais e o anexo de cobertura contratual.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas e anexos.

(cidade) _____ (UF) _____, (dia) _____ de (mês) _____ de (ano) _____.

ODONTO SYSTEM

CONTRATANTE

Testemunhas:

1ª Testemunha

Nome:

CPF/MF:

2ª Testemunha

Nome:

CPF/MF:

A photograph of two young girls in a field at sunset. The girl on the left is smiling broadly, showing her teeth, while the girl on the right is laughing with her mouth wide open. Both are wearing denim jackets. The background is a warm, golden field under a blue and orange sky. White brackets are placed over the girls' mouths, framing the text.

UM
SORRISO

MUDA O MUNDO.