

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ORTODÔNTICOS (ATO COMPLEMENTAR CONTÍNUO) PARA PESSOA FÍSICA

Da Qualificação

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA: Razão Social: Uniodonto Sul Fluminense Cooperativa de Trabalho Odontológico Ltda. CNPJ: 72.261.803/0001-00. Registro ANS nº 36317-1. Classificada como Cooperativa Odontológica. Endereço: Rua Dezoito B nº 19, Vila Santa Cecília - Volta Redonda - RJ CEP: 27260-100. É a pessoa jurídica adiante designada de CONTRATADA, devidamente identificada neste contrato e na proposta de adesão, que obriga-se a garantir ao CONTRATANTE/PACIENTE a prestação dos serviços aqui propostos, através de seus Cirurgiões-Dentistas Cooperados na especialidade de Ortodontia.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE: É a pessoa física qualificada na Proposta de Adesão como Titular, adiante designado CONTRATANTE/PACIENTE, que têm entre si, como justo e formalizado neste ato, o presente contrato, acima denominado, conforme os dizeres a seguir:

Do objeto

Cláusula Primeira: - O presente contrato tem por objeto a prestação de serviços ortodônticos na modalidade de Ato Complementar ao Contrato do Plano Odontológico assinado pelo CONTRATANTE/PACIENTE junto a CONTRATADA, através de seus Profissionais Cooperados, na especialidade de ortodontia, especificamente para tratamento ortodôntico de desvios e anomalias dentocraniofaciais, devidamente diagnosticados, ao CONTRATANTE/PACIENTE,

§1º: A CONTRATADA se obriga a prestar os serviços ora contratados de acordo com a legislação vigente e cumprir rigorosamente o objeto desse contrato, comprometendo-se a manter as condições de qualificações exigidas para execução dos serviços.

§2º: A CONTRATADA se obriga a resguardar o sigilo do CONTRATANTE/PACIENTE e de suas informações, salvo autorização do mesmo ou em caso de determinação judicial.

Da descrição dos serviços

Cláusula Segunda: - Os serviços a serem prestados pela CONTRATADA e por seus Profissionais Cooperados ao CONTRATANTE/PACIENTE serão os previstos e aprovados após avaliação clínica que segue em anexo, que passa a ser integrante deste instrumento, os quais limitam-se exclusivamente a procedimentos ortodônticos.

§1º: este contrato cobrirá os custos de documentação ortodontica, confecção e instalação do primeiro aparelho ortodontico que será indicado pelo Profissional Cooperado responsável, consultas de acompanhamento e manutenções mensais, e até seis consultas para urgências ortodônticas no período de 12 meses correntes.

§2º: A técnica ortodôntica, assim como o tipo de aparelho ortodôntico a ser utilizado, será definido pelo ortodontista conforme a necessidade de movimentação dos dentes e condições biológicas do CONTRATANTE/PACIENTE, podendo ou não haver a necessidade de indicação de extrações dentárias.

§3º: dos serviços não inclusos ficam determinados:

- **Quaisquer tratamentos odontológicos complementares, associados a outras especialidades, que venham a ser necessárias no transcorrer e para conclusão do tratamento ortodôntico;**
- **Cirurgias Ortognáticas;**
- **Aparatologia ortodôntica estética: os braquetes transparentes (que podem ser de policarbonato, de porcelana ou de safira), os aparelhos alinhadores invisíveis e os Autoligáveis;**

- Aparelhos ortodônticos móveis de contenção superior e inferior.

Ficando todos os itens mencionados nesse parágrafo excluídos do presente contrato.

§4º: Sempre que o ortodontista julgar necessário ou quando da finalização do tratamento, o CONTRATANTE/PACIENTE deverá se submeter a exames de rotina e/ou complementares, tais como: radiográficos, laboratoriais, médicos e multidisciplinares.

§5º: O pagamento de todos os exames previstos no parágrafo anterior será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE.

Das consultas

Cláusula Terceira:– O CONTRATANTE/PACIENTE deverá comparecer às consultas previamente marcadas. Os ajustes, ativações e controles relativos ao tratamento ortodôntico proposto serão realizados através de **consultas mensais**, cuja frequência poderá sofrer alteração dependendo do tipo de tratamento e gravidade do caso, conforme avaliação do profissional Cooperado responsável pelo tratamento.

§1º: A CONTRATADA a partir do 5º dia útil após o pagamento da primeira mensalidade, colocará à disposição do CONTRATANTE/PACIENTE suas instalações e profissional Cooperado habilitado para a execução do serviço, nos dias e horários marcados para as consultas.

§2º: As consultas previamente marcadas só poderão ser alteradas com o mínimo de **vinte e quatro horas** de antecedência, sob pena de não conseguir reagendar nova consulta dentro do mesmo mês, salvo motivo de força maior, devidamente justificada.

§3º: Ocorrendo qualquer motivo de força maior por parte da CONTRATADA que impeça o atendimento, nova consulta será marcada o mais próximo possível, sem quaisquer ônus para as partes.

§4º: A CONTRATADA, através do profissional Cooperado responsável pelo tratamento ortodôntico, entrará em contato com o CONTRATANTE/PACIENTE mediante os números de telefones fornecidos pelo mesmo, sendo de inteira responsabilidade deste a atualização do cadastro dos seus dados pessoais na CONTRATADA.

§5º: O CONTRATANTE/PACIENTE fica ciente, desde já, que a irregularidade na frequência às consultas, altera diretamente o tempo de tratamento e a previsão dos custos, os quais serão de sua inteira responsabilidade, tendo dado causa às faltas.

§6º: Para marcar consultas, o CONTRATANTE/PACIENTE deverá submeter-se à disponibilidade de horário do profissional Cooperado da CONTRATADA, do qual fica desde já previamente informado.

§7º: O não comparecimento do CONTRATANTE/PACIENTE às consultas de manutenções por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos, exime a CONTRATADA das conseqüências daí advindas, tais como: atraso na conclusão do tratamento e alteração dos efeitos desejados, dentre outros, conforme disposto no Parágrafo quinto, acima.

Dos cuidados necessários

Clausula Quarta:– O CONTRATANTE/PACIENTE está ciente de que a duração do tratamento dependerá de fatores diversos, inclusive biológicos, tais como: crescimento ósseo, adaptação muscular, remoção de hábitos, quantidade de anomalias e cooperação do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou de seus responsáveis, não sendo assegurada nenhuma garantia de sucesso no tratamento proposto.

§1º Aparelhos perdidos ou danificados por mau uso do CONTRATANTE/PACIENTE são de responsabilidade deste ou de seu responsável legal. Nestes casos a substituição ou conserto de peças será cobrado à parte, **conforme Clausula Quinta §4º.**

§2º: Pode a CONTRATADA, segundo critério técnico, considerar imprópria a utilização do aparelho ortodôntico, devido a inadequada higiene bucal e/ou irregularidade na frequência às consultas, hipótese em que o CONTRATANTE/PACIENTE ou o seu responsável legal será notificado por meio de comunicação formal para sanar a situação irregular imediatamente, ficando ciente de que é o único responsável pelo ônus decorrente.

§3º: Persistindo a inobservância dos itens anteriores, em caso de segunda notificação, esta poderá ter como fim a retirada de todos os aparelhos ortodônticos do CONTRATANTE/PACIENTE, independente do estágio em que se encontra o tratamento. Em tais casos, como previsto no Parágrafo anterior, a

CONTRATADA estará isenta de quaisquer prejuízos posteriores, junto ao CONTRATANTE/PACIENTE ou seu responsável legal, sendo considerado rescindido o presente contrato sem ônus para ambas as partes, conforme disposto na Clausula Sétima §2°.

Do pagamento

Cláusula Quinta: - O valor do tratamento ortodôntico e a forma de pagamento serão conforme os dizeres a seguir:

§1°: Os pagamentos serão efetuados pelo CONTRATANTE/PACIENTE ou pelo responsável legal, até a data estipulada para o vencimento, por meio de boleto bancário, ou conforme outras formas acordadas entre as partes, no valor mensal estipulado na proposta de adesão a partir da data de sua assinatura, até a conclusão do tratamento ortodôntico. Para os titulares do Plano Empresarial a cobrança poderá ser enviada para a empresa da qual o CONTRATANTE/PACIENTE ou seu responsável legal é funcionário, desde que previamente acordado e autorizado pela empresa cliente Uniodonto.

I: A primeira etapa do tratamento refere-se a documentação ortodôntica, ao diagnóstico, planejamento e montagem/instalação de todo o aparato ortodôntico, compreendendo os seis primeiros meses.

II: A segunda parte do tratamento, a partir do sétimo mês, refere-se ao acompanhamento da evolução do mesmo, periodicamente, até a conclusão do tratamento ortodôntico proposto, com a devida alta clínica atestada pelo ortodontista responsável.

§2°: de acordo com Clausula Quarta, §1°, fica desde já o CONTRATANTE/PACIENTE ciente de que em caso de necessidade de reparo ou substituição do aparelho ou das peças ortodônticas, por ato considerado de mal uso ou mesmo acidental, o mesmo deverá pagar pelo reparo, conforme os valores de vigência à época da ocorrência, nos quais o CONTRATANTE/PACIENTE, desde já, autoriza ser incluído na mensalidade do mês subsequente à substituição ou reparação do aparelho.

§3°: O não comparecimento do CONTRATANTE/PACIENTE às consultas, por qualquer motivo, não desobriga o mesmo da responsabilidade pelos pagamentos das mensalidades acordadas neste contrato, tendo em vista a disponibilidade do atendimento e agendamento das consultas enquanto durar o tratamento, observado o disposto na Cláusula Terceira §1° .

§4°: As mensalidades deverão ser pagas no vencimento, independente da data em que ocorrer o atendimento no respectivo mês, acrescidas de eventuais custos não cobertos pelo contrato no decorrer do tratamento.

§5°: O pagamento efetuado após a data do vencimento será acrescido de multa de 2% ao mês sobre a prestação em atraso e juros de mora de 0,033% ao dia, aplicados sobre o valor da mensalidade.

§6°: O atraso no pagamento da mensalidade implicará na imediata suspensão do tratamento, até a devida regularização do débito, independente do estágio em que se encontra o tratamento ortodôntico.

§7°: A inadimplência a partir de 90 (noventa) dias implicará no cancelamento do contrato.

Do reajuste contratual

Cláusula Sexta: - Os valores dispostos neste contrato serão reajustados ANUALMENTE pelo IGPM/FGV, acumulado nos últimos 12 meses.

§1°: Sendo aplicada a presente cláusula, a CONTRATADA providenciará a emissão de novos boletos de pagamento.

§2°: A CONTRATADA poderá optar pela não aplicação desta cláusula, caso os valores atinentes à matéria-prima e demais despesas procedimentais mantenham-se congelados no mercado.

Da rescisão contratual

Cláusula Sétima:– O CONTRATANTE/PACIENTE ou o seu responsável legal podem, a qualquer tempo, cancelar o tratamento ortodôntico, desde que os serviços prestados estejam devida e totalmente pagos até a data da rescisão desta avença.

§1º: por se tratar de prestação de serviços ortodonticos contratados na modalidade de Ato Complementar, o presente contrato será considerado rescindido caso o contrato principal do Plano Odontológico seja cancelado junto à operadora, conforme exposto na Clausula Primeira deste contrato.

§2º: : a rescisão contratual se dará sem ônus, para ambas as partes, quando após a etapa de diagnóstico e planejamento for contra-indicado o tratamento ortodôntico, conforme o disposto na Cláusula Segunda §3º, **dos serviços não inclusos**, assim como, disposto na Clausula Quarta §3º. Não sendo passível devolução pela CONTRATADA de quaisquer valores pagos pelo CONTRATANTE/PACIENTE.

§3º: Ao rescindir o contrato, o CONTRATANTE/PACIENTE ou o seu responsável legal fica desde já ciente que assumirá a responsabilidade por tal rescisão, mediante termo por escrito de rescisão de contrato de prestação de serviços.

§4º: Havendo solicitação de remoção do aparelho por parte do CONTRATANTE/PACIENTE, o procedimento somente será executado após a quitação das mensalidades devidas pelo tratamento referente as manutenções vencidas até o momento da remoção.

§5º: No caso de rescisão por parte do CONTRATANTE/PACIENTE antes de decorridos 06 (seis) meses de tratamento será devido o pagamento de 50% (cinquenta por cento) da soma do valor referente à primeira parte do tratamento, saldo das mensalidades devidas neste período de tempo, a título de indenização pelos serviços prestados.

§6º: Caso haja interesse do CONTRATANTE/PACIENTE em retomar o tratamento ortodôntico em até 6 (seis) meses após o cancelamento do contrato, será cobrado o valor devido pela primeira parte do tratamento, com desconto de 50% (cinquenta por cento) nas 03 (tres) primeiras mensalidades.

§7º: A prestação dos serviços ora contratados serão realizados exclusivamente nos consultórios particulares dos Ortodontistas Cooperados da CONTRATADA ou em suas Clinicas Próprias.

Disposições gerais

Cláusula Oitava: - O orçamento ortodôntico corretivo não inclui a colocação do aparelho de contenção móvel superior e inferior ao final do tratamento.

§1º: A contenção fixa inferior não apresenta tempo definitivo estipulado para sua remoção, mesmo depois de removida a contenção superior.

§3º: Após o tratamento corretivo, preventivo e/ou interceptivo ser concluído, as avaliações periódicas poderão ser feitas através de consultas com Ortodontista Cooperado, desde que o CONTRATANTE/PACIENTE esteja ativo no Plano Odontológico da CONTRATADA. Caso seja indicada a realização de nova intervenção ortodôntica, deverá ser celebrado novo contrato de prestação de serviço ortodôntico.

§4º A documentação ortodôntica (exames) pertence ao CONTRATANTE/PACIENTE e será devolvida em caso de finalização do tratamento ou da rescisão contratual.

Do foro

Cláusula Nona: - Os contratantes elegem o foro da cidade de Volta Redonda/RJ para dirimir quaisquer dúvidas ou divergências oriundas do presente instrumento de contrato particular.

ANEXO DO CONTRATO DE ORTODONTIA

DIAGNÓSTICO - PLANO DE TRATAMENTO – ORÇAMENTO

Diagnóstico:

Opções Tratamento:

Ciente das particularidades do caso, o paciente optou pela alternativa:

Tipo de aparelho a ser utilizado: _____

Técnica ortodôntica: _____

Previsão de tratamento: _____

Obs: Que pode ser alterada dependendo da resposta biológica, frequências as consultas e gravidade do problema.

Tipo de tratamento: Corretivo() Preventivo/Interceptivo() Parcial() Multidisciplinar()

Previsão de custo – aparato ortodôntico não coberto:

Declaro que recebi e entendi as informações, e todas as dúvidas referentes a este contrato e ao tratamento ortodôntico proposto que foram-me pessoalmente esclarecidas pelo(a) Dr(a) _____ CRO-RJ _____.

Autorizo a execução do tratamento ortodôntico.

VR, ____ / ____ / ____ / _____

 CONTRATANTE/PACIENTE ou Responsável Legal