

TERMO DE JUSTIFICATIVA

QUALITE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA DE TAIACU EIRELI, com sede na Avenida 15 de Novembro, 305, Centro, CEP 14725-000, na cidade de Taiaçu, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob o nº 32.699.624/0001-35, registrada na Junta Comercial do estado de São Paulo, sob o NIRE 35602601311, vem, por meio da presente **informar** que **JOÃO PAULO DE OLIVEIRA**, brasileiro, portador do RG 48247666, inscrito no CPF 402.984.518-59, residente na rua Serafim Zanetti, 109, centro, Taiúva/SP, CEP 14720-000, firmou contrato de prestação de serviços ortodônticos em 9 de dezembro de 2020 com prazo de duração de 35 meses, consoante contrato anexo.

Informamos que o serviço contratado necessita de acompanhamento mensal com o comparecimento do paciente junto à clínica.

Era o que tinha para informar.

Taiacú/SP, 1º de março de 2023.

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA DE TAIACU EIRELI

Dr. Eduardo G. Caporosso
Odontólogo Dentista
CRO/SP 127141



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRESTADA

Número **000473**

1 - DAS PARTES

Pelo presente instrumento particular de Prestação de Serviços que entre si fazem, de um lado, **QUALITÉ ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA DE TAIACU LTDA - ME**, com sede na **Av 15 de Novembro, 305 Centro Taiacu SP - 14725-000**, CNPJ **32.699.624/0001-35**, doravante denominada CLÍNICA, e de outro lado, **João Paulo Oliveira**, residente e domiciliado(a) na **Rua Serafim Zanetti , 109 casa Centro, Taiúva, SP - 14720-000, 48-247-666**, CPF **402.984.518-59**, doravante denominado(a) PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

2 - DO OBJETIVO

O objetivo deste contrato é estabelecer os termos da prestação de Assistência Odontológica através de serviços prestados pela CLÍNICA ao PACIENTE de acordo com as condições estabelecidas neste instrumento, conforme orçamento anexo discriminado, que passa a fazer parte integrante deste instrumento, desde já aceito sem ressalvas pelo PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE.

3 - DOS SERVIÇOS

3.1 - Os serviços ora contratados serão prestados por profissionais devidamente habilitados para executar o tratamento proposto. 3.2 - No caso deste PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE, os serviços/procedimentos contratados são:

I. Ortodontia

Manutenção Ortodôntica (previsão estimada: 35 meses)

4 - DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO

4.1 - O valor do tratamento clínico é de **R\$ 0,00 (Zero)** referente aos SERVIÇOS descritos neste instrumento. Os pagamentos serão efetuados da seguinte forma:

000473 01/35 - 20/01/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 02/35 - 20/02/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 03/35 - 20/03/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 04/35 - 20/04/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 05/35 - 20/05/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 06/35 - 20/06/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 07/35 - 20/07/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 08/35 - 20/08/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 09/35 - 20/09/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 10/35 - 20/10/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 11/35 - 20/11/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 12/35 - 20/12/2021 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 13/35 - 20/01/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 14/35 - 20/02/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 15/35 - 20/03/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 16/35 - 20/04/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 17/35 - 20/05/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 18/35 - 20/06/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 19/35 - 20/07/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 20/35 - 20/08/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 21/35 - 20/09/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 22/35 - 20/10/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 23/35 - 20/11/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
000473 24/35 - 20/12/2022 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)

- 000473 25/35 - 20/01/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 26/35 - 20/02/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 27/35 - 20/03/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 28/35 - 20/04/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 29/35 - 20/05/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 30/35 - 20/06/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 31/35 - 20/07/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 32/35 - 20/08/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 33/35 - 20/09/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 34/35 - 20/10/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)
- 000473 35/35 - 20/11/2023 R\$ 100,00 (Boleto Bancário)

a) Referido valor representa os serviços contratados descritos nesse contrato. b) Eventuais serviços excedentes serão cobrados separadamente. c) As parcelas serão pagas através de dinheiro, boleto ou cartão de crédito/débito, constituindo-se tal obrigação em dívida líquida, certa e exigível, independentemente de ter ou não havido atendimento naquele período mensal. d) Os boletos serão pagos através da rede bancária autorizada ou em local pré-estabelecido pela CLÍNICA. e) Nenhum pagamento terá validade se o CONTRATANTE não possuir comprovante devidamente autenticado por um dos locais autorizados. f) No caso de cobrança bancária, o não recebimento pelo CON

5 - DOS PROCEDIMENTOS DAS CONSULTAS E TRATAMENTO

5.1 - O atendimento será prestado na sede da CLÍNICA ou em consultório que por ela seja indicado, sendo que todas as consultas serão com data e hora previamente agendada. 5.2 - Os atendimentos emergenciais serão realizados imediatamente, sendo certo que as hipóteses de sensibilidade, dores e pequenos sangramentos, decorrentes naturalmente de procedimentos aplicados ao PACIENTE, não serão considerados emergenciais. 5.3 - O PACIENTE deverá chegar para sua consulta no horário marcado, com uma tolerância máxima de 15 minutos de atraso. Após este prazo, a consulta será automaticamente cancelada. 5.4 - Ocorrendo o não comparecimento sem o devido cancelamento, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas), caberá ao PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE, agendar uma nova consulta, de acordo com a disponibilidade da CLÍNICA.

6 - DA DURAÇÃO DO TRATAMENTO

6.1 - O prazo para o tratamento, ou seja, para conclusão desta prestação de serviços propostos e autorizados neste instrumento poderá sofrer variações em função da natureza de cada procedimento e saúde/organismo de cada PACIENTE. Os serviços serão executados tão logo seja possível e o PACIENTE não poderá, por conta própria, protelar o tratamento salvo em comum acordo com a CLÍNICA. 6.2 - Nos procedimentos de implantes dentários, o prazo para a sua osteointegração pode variar de 04 a 06 meses após a sua colocação (04 meses para mandíbula e 06 meses para maxilar), ou seja, o início da confecção da prótese sobre implante se dará após o prazo acima disposto.

7 - DAS OBRIGAÇÕES DO PACIENTE

7.1 - O PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE, deverá, para o bom andamento da prestação dos serviços: a) Comparecer às consultas pontualmente. b) Colaborar durante o tratamento, seguindo integralmente as orientações recebidas; c) Comunicar de imediato qualquer alteração em seu endereço, telefone e demais dados cadastrais; d) Comunicar imediatamente à CLÍNICA qualquer fato relacionado ao tratamento. e) Efetuar o pagamento das parcelas/prestações do tratamento pontualmente. 7.2 - O PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE reconhece desde já que o resultado do tratamento depende da correta higienização bucal, ingestão de medicamentos prescritos pelo profissional odontológico e adoção de hábitos preventivos. 7.3 - Eventual complicação do quadro bucal do PACIENTE pela não adoção dos cuidados indicados pela CLÍNICA, não poderão ensejar abandono do tratamento por parte do PACIENTE, tampouco a rescisão contratual e/ou responsabilização da CLÍNICA e/ou dos seus parceiros comerciais.

8 - DAS OBRIGAÇÕES DA CLÍNICA

8.1 - A CLÍNICA se obriga a: a) Aplicar todos os recursos e técnicas disponíveis para a solução dos procedimentos propostos e autorizados. b) Resguardar o sigilo do PACIENTE e de suas informações. 8.2 - A CLÍNICA não se responsabiliza por eventual intercorrência resultante da paralisação do tratamento, abandono ou não

atendimento pelo PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE das orientações repassadas a este.

9 - DAS GARANTIAS

9.1 - Não existem garantias explícitas ou implícitas, pois o que se vende pelo presente contrato não são objetos e sim serviços, restando portanto como garantia apenas a aplicação correta da técnica adequada a cada caso. O prognóstico constante do prontuário é apenas de ordem estatística, não significando necessariamente o resultado. Por exemplo, quedas de restaurações e próteses podem ocorrer e não geram nenhum direito a indenizações por danos morais, lucros cessantes ou outros. Caso ocorra dentro de 90 dias e, confirmada a impropriedade técnica, o serviço será refeito na sede do consultório, sem ônus adicionais para o PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE.

10 - DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS DO ORÇAMENTO

10.1 - Caso seja necessária a aplicação de outros procedimentos que não estejam descritos e previstos no orçamento anexo a este contrato, por qualquer que seja o motivo, os mesmos serão cobrados à parte, com condições de pagamento a serem acordadas entre as partes. 10.2 - O PACIENTE declara ter conhecimento de que não estão inclusos no preço acordado eventuais despesas extras, decorrentes do tratamento odontológico, tais como, radiografias intra e extra bucal, exames laboratoriais complementares e check-up preventivo digital, pelas quais se obriga a arcar para o correto e regular andamento de seu tratamento.

11 - DA OBRIGAÇÃO DE RETORNO

11.1 - Após a realização de cirurgia odontológica realizada pela CLÍNICA, o PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE se obriga a retornar à clínica, nos prazos de 07 (sete), 30 (trinta) e 120 (cento e vinte) dias, e a partir daí, a cada 6 (seis) meses ou de acordo com a necessidade de cada caso, para a preservação do tratamento. 11.2 - As consultas preventivas e eventuais retoques nos serviços odontológicos prestados pela CLÍNICA, inclusive exames complementares, tais como radiografias, tomografias e outros, poderão ser solicitados e deverão ser executados, sendo que os seus custos serão de responsabilidade do PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE. 11.3 - Em caso de não retorno por parte do PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE nos períodos fixados no caput desta Cláusula, a CLÍNICA ficará isenta de toda e qualquer responsabilidade decorrente do tratamento odontológico realizado.

12 - DA SUSPENSÃO DO TRATAMENTO

12 - Acarretará a suspensão do atendimento ao PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE que atrasar o pagamento de qualquer parcela por mais de 30 (trinta) dias, sendo restabelecido somente após a comprovação do(s) pagamento(s) em atraso.

13 - DO ABANDONO DE TRATAMENTO

13.1 - Será considerado abandono de tratamento do PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE a prática dos seguintes atos: a) Faltar a 03 (três) consultas consecutivas, independentemente de justificativas. b) Se ausentar da clínica por período superior a 60 (sessenta) dias, independentemente de justificativas, contados a partir do último registro de sua ficha clínica, salvo de comum acordo com o profissional executor do tratamento. c) Ocorrer atraso de qualquer parcela por mais de 30 (trinta) dias. 13.2 - Referidas hipóteses equivalerão à rescisão do presente contrato, por infração contratual do PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE aplicando-se o quanto previsto no item 14.5 deste. 13.3 - A CLÍNICA se exime de qualquer responsabilidade, principalmente por ter esclarecido os riscos inerentes à interrupção do tratamento proposto e em execução. 13.4 - A alegação do PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE de que não concorda com o tratamento a ele direcionado pela CLÍNICA, ainda que com a procura de um novo profissional odontológico para a continuidade do tratamento iniciado pela CLÍNICA, não ilide a configuração do abandono de tratamento.

14 - DA RESCISÃO DO CONTRATO

14.1 - O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, comunicando-se por escrito da decisão com antecedência mínima de 30 dias, devendo as partes realizar o ajuste de contas neste período, inclusive serviços protéticos iniciados, permanecendo válidas todas as disposições contratuais neste período. 14.2 - Caso ocorra a rescisão por iniciativa do PACIENTE / CONTRATANTE RESPONSÁVEL, o mesmo deverá: a)

Realizar o pagamento dos tratamentos finalizados, bem como, dos tratamentos já iniciados, dos quais serão cobrados como concluídos e deverão ser quitados para que ocorra a devida rescisão contratual. b) Deverão ser pagos integralmente pelo PACIENTE / CONTRATANTE RESPONSÁVEL todo e qualquer serviço/material protético que já tenha sido iniciado pelo laboratório de próteses, vez que se tratam de serviços terceirizados e ainda, serem aparatologias pessoais, impossíveis de serem reutilizadas, devendo no entanto, serem pagas integralmente. c) O PACIENTE / CONTRATANTE ficará responsável pelo pagamento de todas e quaisquer taxas e despesas bancárias e cartorárias, caso haja necessidade de baixa de documentos relativos a este contrato. 14.3 - Caso ocorra a rescisão por iniciativa do PACIENTE/RESPONSÁVEL, permanecerão devidas as parcelas vencidas até a data da solicitação por escrito neste sentido. Caso ocorra a rescisão por iniciativa da CLÍNICA, apenas os tratamentos concluídos serão cobrados. 14.4 - A rescisão do presente instrumento se operará, de pleno direito, independente de qualquer comunicação nas seguintes hipóteses: a) No caso de reincidência da irregularidade e/ou inobservância das cláusulas ora pactuadas, após decorrido o prazo estipulado na competente notificação para sanar a infração cometida. b) No caso de força maior ou caso fortuito, devidamente comprovado e ora que

15 - DA MULTA

15 - Fica estipulada a multa compensatória equivalente a 20% (vinte por cento) do valor deste contrato cabível à parte infratora no caso de rescisão.

16 - DAS CONDIÇÕES GERAIS

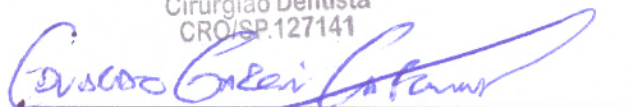
16.1 - O presente instrumento obriga as partes e sucessores, a qualquer título, não podendo ser cedido ou transferido, total ou parcialmente, sem o prévio consentimento, por escrito, da outra parte, nem mesmo ser alterado ou modificado, salvo mediante documento escrito devidamente assinado pelas partes. 16.2 - A eventual aceitação por uma das partes, do inadimplemento, pela outra, de quaisquer cláusulas ou condições deste contrato, a qualquer tempo, deverá ser interpretada como mera liberalidade, não implicando, portanto, em novação, dação, transação, compensação e/ou remissão, ou ainda, em desistência de exigir o cumprimento das obrigações acordadas ou do direito de pleitear a execução total de cada uma das obrigações ora pactuadas. 16.3 - Na hipótese de qualquer cláusula deste contrato vir a ser julgada ilegal, inválida ou inexequível, as demais cláusulas permanecerão em vigor, devendo o presente ser interpretada como se referida cláusula nunca o tivesse integrado, desde que a intenção das partes contratantes não seja desvirtuada por referida ilegalidade, invalidade ou inexigibilidade. 16.4 - O PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE declara ter sido devidamente esclarecido acerca de todos os procedimentos odontológicos que serão prestados, a sua extensão e limitações, bem como dos riscos que os mesmos apresentam e, ainda, dos cuidados pré e pós tratamento e/ou cirurgia que deverão ser seguidos rigorosamente. 16.5 - O PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE declara ainda, que lhe foi dado neste ato, a oportunidade de ler na íntegra as disposições do presente contrato, sendo-lhe esclarecido toda e qualquer dúvida quanto às suas disposições, estando o mesmo plenamente ciente e de acordo com todas as condições estipuladas, as quais compreendeu perfeitamente, não restando qualquer espécie de dúvida com relação ao contido neste instrumento.

17 - DO FORO

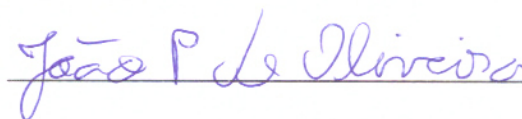
Para dirimir quaisquer dúvidas ou controvérsias oriundas do presente contrato, as partes elegem o Foro da Comarca de Monte Alto, Estado de São Paulo, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem justas e convencionadas as partes assinam o presente Contrato de Prestação de Serviços de Tratamento Odontológico, juntamente com as 02 (duas) testemunhas abaixo qualificadas, para que possam surtir os devidos efeitos legais. E por concordarem com os termos deste instrumento, assinam CLÍNICA e PACIENTE e ou CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE, na presença de duas testemunhas, o presente contrato em duas vias de igual forma e teor, para que produza todos os efeitos legais.

Taiacu - SP, quarta-feira, 9 de dezembro de 2020

Dr. Eduardo G. Caporusso
Cirurgião Dentista
CRO/SP.127141



CONTRATADA (CLÍNICA)



CONTRATANTE (Paciente)

01/03/2023, 09:50

ControleODONTO

Qualité Odontologia Especializada de Taiacu Ltda - ME
32.699.624/0001-35

João Paulo Oliveira
CPF 402.984.518/59


TESTEMUNHA


TESTEMUNHA

Emitido por Jussara Ferreira Através da plataforma **ControleODONTO** Em 01/03/2023 09:50:18 — <http://localhost:60103>

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 22:26:00