



## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Número **125609**

Pelo presente instrumento particular de Prestação de Serviços, que entre si, **V C C B COSTA LTDA (SorriDay)** com sede à **Avenida Contorno Norte, Shopping Passeio - 1, Pav. Loja 213, nº 145, Cohatrac IV, CEP: 65.053-780, CNPJ 56.987.020/0001-52**, doravante denominado CONTRATADA.

### **Cláusula de Vinculação Eletrônica do Contrato ao Cadastro do Contratante**

1. O presente contrato será firmado de maneira digital, por meio do sistema eletrônico da SORRIDAY, vinculado ao cadastro realizado pelo CONTRATANTE no momento da adesão aos serviços.
2. O aceite eletrônico deste contrato pelo CONTRATANTE implica na concordância integral e irrestrita com todas as cláusulas aqui estabelecidas, tendo o mesmo valor jurídico de um contrato assinado fisicamente, conforme disposto na legislação aplicável sobre documentos eletrônicos.
3. No ato do cadastro, o CONTRATANTE deverá fornecer seus dados pessoais e documentos necessários, que ficarão anexados ao seu perfil no sistema, servindo como identificação para todos os fins contratuais.
4. Sempre que necessário, o CONTRATANTE poderá acessar este contrato diretamente pelo sistema da SORRIDAY, onde estará disponível para consulta juntamente com a documentação vinculada.
5. A SORRIDAY se compromete a garantir a integridade e segurança das informações do CONTRATANTE, assegurando que o contrato estará permanentemente vinculado ao seu cadastro, sem necessidade de edição manual dos seus dados no documento.
6. Em caso de divergência cadastral ou necessidade de atualização de informações, o CONTRATANTE deverá comunicar formalmente à SORRIDAY, sob pena de responsabilidade pelas informações anteriormente fornecidas.
7. O aceite eletrônico registrado no sistema, acompanhado dos documentos anexados pelo CONTRATANTE, será suficiente para comprovar a adesão ao contrato, sua autenticidade e validade jurídica para todos os fins.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Estou ciente que a odontologia depende de fatores biológicos pertinentes a cada paciente e por não ser uma ciência exata não me assegura garantia de pleno sucesso, depende muito da minha cooperação. Foi-me devidamente esclarecido (a) que o plano de tratamento está sujeito a alterações em virtude da resposta do meu organismo, podendo envolver outros procedimentos clínicos, cirúrgicos e etc. Esses procedimentos poderão ser realizados pela equipe de cirurgiões dentistas da contratada ou por uma equipe de minha escolha sob solicitação por escrito. Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos, comprometer o procedimento a que me submeto, causar-me sequelas ou acarretar danos à minha saúde.*

As partes acima já qualificadas e ora contratadas, resolvem na melhor forma de direito firmar o presente Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos de acordo com os termos abaixo elencados:

**1** - A CONTRATANTE, por manifestação livre e de espontânea vontade, neste ato, contrata os serviços odontológicos prestados pela CONTRATADA, com exclusividade de intervenção, de acordo com o plano de tratamento proposto em odontograma aceito pela CONTRATANTE no ato da avaliação, sob a supervisão de um cirurgião designado pela clínica.

**Parágrafo Primeiro.** A CONTRATADA somente se responsabilizará pelo atendimento feito em sua unidade pelos cirurgiões de seu corpo clínico sendo que, qualquer espécie de consulta, exames ou tratamento solicitado ou realizado por outros cirurgiões, isentará a mesma de quaisquer custos ou danos na forma da lei.

**Parágrafo Segundo.** O odontograma fará parte integrante deste contrato e vinculará os contratantes de acordo com os valores nele estabelecidos.

**2** - Na fase de orientação e confecção ou realização do tratamento, o CONTRATANTE será orientado ou poderá solicitar orientações referentes à higiene e cuidados que deverá tomar para preservar e aumentar a durabilidade de seu(s) tratamento(s).

**3** - As partes contratantes reconhecem e concordam que o presente contrato tem por objeto a prestação de serviços odontológicos específicos e determinados, conforme descritos nas cláusulas deste contrato. Fica expressamente estabelecido que estes serviços não configuram a oferta de um plano de saúde ou qualquer outra forma de assistência médica ou odontológica de caráter continuado ou abrangente, como aqueles oferecidos por operadoras de saúde.

**Parágrafo Primeiro.** Não estão compreendidos no objeto deste contrato os tratamentos considerados complementares, ortodônticos e de ortopedia funcional dos maxilares.

**4** - A CONTRATADA se obriga a prestar serviços odontológicos ao(s) CONTRATANTE(s), para atendimento de natureza ortodôntica, sempre e exclusivamente uma vez por mês, de acordo com o plano de tratamento, sob a supervisão de um cirurgião dentista, excluindo-se tratamentos ortognáticos e ortopedia funcional dos maxilares. A CONTRATADA somente se responsabilizará pelo atendimento feito em suas unidades, e pelos cirurgiões dentistas de seu corpo clínico sendo que, qualquer espécie de consulta ou tratamento realizado por outros cirurgiões dentistas, isentará a mesma de quaisquer custos ou danos.

**Parágrafo Primeiro:** Estão coberto dentro do Contrato RB Orto tratamentos odontológicos complementares ao tratamento ortodôntico, da seguinte forma: valor de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) para instalação de aparelho ortodôntico metálico; valor de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) manutenção do aparelho ortodôntico, valor de R\$ 225,00 (duzentos e vinte e cinco reais) para avaliação, atendimento, raio-x, exame complementar e documentações iniciais; valor de R\$ 225,00 (duzentos e vinte e cinco reais) para profilaxia; valor de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) para cada dente restaurado em resina; valor de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) para extrações, com exceção de terceiro molar não coberto por este contrato; R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) para tratamento periodontal (raspagem simples); valor de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) para tratamento endodôntico (canal), por dente realizado.

**5** - Para todos os demais tratamentos não cobertos por este contrato, os mesmos poderão ser contratados separadamente, através de instrumento contratual próprio, onde a CONTRATADA poderá, a seu querer, oferecer descontos de até 30% do valor da tabela praticada pela RB Odonto.

**6** - O valor total geral do contrato é de **R\$ 3.236,40 (Três Mil e Duzentos e Trinta e Seis Reais e Quarenta Centavos)** Conforme as parcelas abaixo, conforme acordado entre as partes:

**125609 01/36 - 20/10/2024 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)**

**125609 02/36 - 20/11/2024 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)**

**125609 03/36 - 20/12/2024 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)**

**125609 04/36 - 20/01/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)**

**125609 05/36 - 20/02/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)**

**125609 06/36 - 20/03/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)**

**125609 07/36 - 20/04/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)**

**125609 08/36 - 20/05/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)**

125609 09/36 - 20/06/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 10/36 - 20/07/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 11/36 - 20/08/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 12/36 - 20/09/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 13/36 - 20/10/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 14/36 - 20/11/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 15/36 - 20/12/2025 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 16/36 - 20/01/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 17/36 - 20/02/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 18/36 - 20/03/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 19/36 - 20/04/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 20/36 - 20/05/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 21/36 - 20/06/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 22/36 - 20/07/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 23/36 - 20/08/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 24/36 - 20/09/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 25/36 - 20/10/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 26/36 - 20/11/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 27/36 - 20/12/2026 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 28/36 - 20/01/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 29/36 - 20/02/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 30/36 - 20/03/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 31/36 - 20/04/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 32/36 - 20/05/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 33/36 - 20/06/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 34/36 - 20/07/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 35/36 - 20/08/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)  
125609 36/36 - 20/09/2027 R\$ 89,90 (Boleto Bancário)

**Parágrafo Primeiro.** O CONTRATANTE concorda que os pagamentos vencidos e efetuados fora dos prazos de vencimento serão sujeitos a multa de mora 2% e juros de 1% ao mês, mais atualização monetária de acordo com o INPC-IBGE, até o quitação dos valores pendentes.

**Parágrafo Segundo.** Em caso de inadimplemento o CONTRATANTE terá imediatamente suspensos os atendimentos.

**Parágrafo Terceiro.** Em caso de inadimplemento superior a 60 (sessenta) dias, a CONTRATADA poderá encaminhar o débito para negativação perante os órgãos de proteção ao crédito, sobretudo SPC/SERASA, sem necessidade de prévia notificação do CONTRATANTE.

**7 - Cláusula de Fornecimento e Utilização de Cartão de Benefício:** A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE um cartão de benefício, o qual poderá ser utilizado para pagamento dos serviços odontológicos previstos neste contrato, bem como em outros estabelecimentos conveniados, conforme as regras e condições estabelecidas pelo

programa de benefícios da CONTRATADA. O cartão de benefício estará vinculado ao tratamento odontológico contratado, permitindo ao CONTRATANTE usufruir de condições especiais de pagamento na clínica da CONTRATADA e nos locais credenciados.

**Parágrafo Primeiro:** O CONTRATANTE terá direito ao cartão de benefício a partir da assinatura deste contrato, ficando responsável pela ativação e utilização do cartão conforme as instruções fornecidas pela CONTRATADA. O cartão poderá ser utilizado para pagamentos tanto na clínica quanto em estabelecimentos parceiros, desde que conveniados ao programa de benefícios.

**Parágrafo Segundo:** O cartão de benefício fornecido pela CONTRATADA **não se caracteriza como plano de saúde ou plano de assistência odontológica**, sendo exclusivamente um meio de pagamento facilitado e/ou programa de descontos. O cartão não oferece cobertura ou garantia de atendimento contínuo, abrangente ou preventivo, como os ofertados por operadoras de planos de saúde ou odontológicos regulamentados pela ANS.

**Parágrafo Terceiro:** A CONTRATADA não se responsabiliza por eventuais problemas relacionados à aceitação do cartão em outros estabelecimentos conveniados. Qualquer pendência ou falha na utilização do cartão fora da clínica da CONTRATADA deverá ser resolvida diretamente entre o CONTRATANTE e o estabelecimento conveniado.

**Parágrafo Quarto:** Em caso de não utilização ou problemas na liberação dos serviços através do cartão de benefício, o CONTRATANTE deverá quitar os valores dos serviços diretamente com a CONTRATADA, nos termos deste contrato, observando-se as condições de pagamento aqui estabelecidas.

**Parágrafo Quinto:** O cartão de benefício poderá ser utilizado pelo CONTRATANTE durante o período de vigência deste contrato, não sendo exigido qualquer custo adicional para sua emissão e ativação.

**8 -** Caso O PACIENTE não compareça à consulta na data agendada, o mesmo ficará responsável por ligar ou comparecer na clínica para reagendar a consulta o mais breve possível, assim como, obriga-se a comunicar toda e qualquer alteração de endereço, telefone e meios de comunicação.

**9 -** O(s) CONTRATANTE(S) se obriga(m) a pagar à CONTRATADA, o valor de R\$ 89,90 (oitenta e nove reais e noventa centavos) de forma mensal, na data escolhida por este, independentemente da frequência do paciente ao consultório. No caso de aparelhos estéticos ou especiais, será cobrado o valor do aparelho assim como as peças de reposição. Caso ocorra quebra ou perda de componentes do(s) aparelho(s) instalado(s) e seja preciso fazer reparos fora da data mensal agendada será cobrada uma taxa no valor de R\$ 38,00 (trinta e oito reais) por atendimento solicitado antes da data de manutenção mensal mais o valor da(s) peça(s) no caso de reparos em aparelho(s).

**10 -** Este contrato possui duração de 36( trinta e seis ) meses, com a geração de boleto bancários contendo 36 (trinta e seis) parcelas, impresso e entregue ao CONTRATANTE. Encerrado o referido prazo o CONTRATANTE estará desobrigado de pagar. Em caso de conclusão antes do prazo determinado O CONTRATANTE se compromete a continuar o pagamento até a finalização do contrato, caso não haja a conclusão do alinhamento

ortodôntico, dentro de um planejamento considerado possível, o contrato poderá ser renovado por mais 12 (doze) meses.

**11** - Caso o(s) CONTRATANTE(S), decida(m) rescindir o presente contrato, deverá manifestar sua intenção, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao vencimento da próxima parcela, sob pena de pagamento da mesma no ato da comunicação da rescisão, será realizado um acerto de contas referente aos serviços já prestados, caso os serviços até então prestados não estejam quitados, o(s) COMPRADOR(ES) se obriga a quitá-los no ato da rescisão deste instrumento. Tendo como base os seguintes valores: valor de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) para instalação de aparelho ortodôntico metálico; valor de R\$120,00(cento e vinte reais) manutenção do aparelho ortodôntico, valor de R\$ 225,00 (duzentos e vinte e cinco reais) para avaliação, atendimento, raio-x, exame complementar e documentações iniciais; valor de R\$ 225,00 (duzentos e vinte e cinco reais) para profilaxia; valor de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais); para cada dente restaurado em resina; valor de R\$ R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) para extrações, com exceção de terceiro molar não coberto por este contrato; R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) para tratamento periodontal (raspagem simples e subgengival); valor de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) para tratamento endodôntico (canal), por dente realizado, valor de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) remoção do aparelho ortodôntico e multa contratual de 30% do saldo para finalização do contrato, devendo assim solicitar e assinar o Termo de revogação Contratual.

**12** - Em caso de insucesso do tratamento motivado pelo não cumprimento, por parte do paciente ora CONTRATANTE, das orientações dadas pelo cirurgião da CONTRATADA, ou sua ausência injustificada em duas consultas consecutivas ou ainda ausência por 60 (sessenta) dias consecutivos sem aviso prévio, por parte do CONTRATANTE, a CONTRATADA ficará isenta de responsabilidades sobre os danos ao produto ou insucesso ao tratamento realizado, ficando as despesas com reparos e repetições por conta do CONTRATANTE.

**Parágrafo Primeiro.** A ausência por 60 (sessenta) dias ou mais importa na necessidade do CONTRATANTE se submeter a nova avaliação a fim de determinar eventual alteração em sua estrutura dental e na viabilidade de prosseguir com o procedimento.

**13** - Este contrato é celebrado em caráter irrevogável e irretratável, sendo vedado aos contratantes solicitar ou propor sua dissolução após a assinatura, sob pena de incorrer nas cominações contratuais pertinentes.

**Parágrafo Único:** Na hipótese do(s) COMPRADOR(es) cancelar este contrato antes de seu prazo previsto para término, deverá manifestar sua intenção, por escrito, na clínica VENDEDORA, momento em que será realizado um acerto de contas referente aos serviços já prestados. Caso os serviços até então prestados não estejam quitados, o(s) COMPRADOR(ES) se obriga a quitá-los no ato da rescisão deste instrumento, tendo como base os seguintes valores: valor de R\$ 225,00(duzentos e vinte e cinco reais) para avaliação, atendimento, raio-x, exame complementar iniciais realizados na própria clínica da CONTRADADA; valor de R\$1490,00(um mil quatrocentos e noventa reais) instalação dos pinos do implantes; valor de R\$400,00(quatrocentos reais) cicatrizador, valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) manutenção do implantes para; valor de R\$ 75, (setenta e cinco reais) profilaxia; valor de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais); para cada dente restaurado em resina; valor de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) para extrações, com exceção de terceiro molar não coberto por este contrato; R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) para tratamento periodontal (raspagem simples); valor de R\$ 350,00 (trezentos e

cinquenta reais) para tratamento endodôntico (canal), por dente realizado, e multa contratual de 30% do saldo para finalização do contrato, devendo assim solicitar e assinar o Termo de Revogação Contratual.

**14** - O CONTRATANTE declara que está a disposição da CONTRATADA todo o material de diagnóstico e planejamento (tomografias, radiografias, modelos, fotos e exames complementares) trazido pelo mesmo ou obtido a título oneroso ao longo do tratamento, o qual passa a ser propriedade e documentação da CONTRATADA, sendo que no final do tratamento, ou em caso de desistência ou impossibilidade técnica serão arquivados como documentos probatórios da CONTRATADA.

**15** - Os contratantes elegem o foro da Comarca de São Luís, Maranhão, na forma do art. 63 e seguintes do CPC, como territorialmente competente para dirimir eventuais dúvidas, disputas e litígios decorrentes do contrato ou de sua interpretação.

**16 - O CONTRATANTE declara de maneira expressa que todas as dúvidas a respeito do tratamento, execução, estimativa, advertências, precauções e cuidados foram sanadas satisfatoriamente, estando de pleno acordo com o mesmo e assinando neste ato o presente contrato do qual recebi uma cópia de igual teor.**

Para fins de esclarecimento, fica expresso que o presente Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos trata-se de uma forma de venda pré-paga e/ou pós-paga de serviços odontológicos, que assegura ao CONTRATANTE apenas os serviços, preços e descontos aqui expresso e autorizado em odontograma devidamente assinado.

E por estarem assim, justos e contratados, assinam as partes o presente Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos, na presença de duas testemunhas.

*São José de Ribamar - MA, quinta-feira, 19 de setembro de 2024*

**CONTRATADA**

**V C C B COSTA LTDA (SorriDay)**

56.987.020/0001-52

**CONTRATANTE (Paciente)** Leidemary Oliveira Rosa CPF 019.225.933-

46

**TESTEMUNHA**

**TESTEMUNHA**

Emitido por *Danielle* Através da plataforma **ControleODONTO** Em 20/09/2024 10:27:11 — <http://localhost:60103>