



# Diário Oficial do **MUNICÍPIO**

Prefeitura Municipal de Nazaré

1

Segunda-feira • 12 de Novembro de 2018 • Ano IX • Nº 2788

Esta edição encontra-se no site: [www.nazare.ba.io.org.br](http://www.nazare.ba.io.org.br) em servidor certificado ICP-BRASIL

## Prefeitura Municipal de Nazaré publica:

- **Termo de Convênio.** (Odonto System Planos Odontológicos Ltda).

## ***Imprensa Oficial***

Os atos do gestor são publicados no Diário Oficial próprio do município.



Gestor - Eunice Soares Barreto Peixoto / Secretário - Governo / Editor - Ass. de Comunicação  
Praça Alexandre Bittencourt, 07 - Centro

CERTIFICAÇÃO DIGITAL: WWKJGD+QSEHWA8VWD1FMUW

## **Contratos**

**TERMO DE CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, ODONTO SYSTEM PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA., E DE OUTRO LADO, MUNICIPIO DE NAZARE.**

**1ª ACORDANTE:** ODONTO SYSTEM PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA, pessoa jurídica de direito privado, com sede estabelecida na Av. Desembargador Moreira, nº 2120, 17º Andar, Aldeota, Fortaleza/CE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 23.595.762/0001-83, neste ato representado por seu presidente, **MARCOS PIMENTEL DE VIVEIROS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF/MF sob o nº 440.556.253-91, portador do RG 8910002034156 SSP-CE, residente e domiciliado em Fortaleza/CE, denominada simplesmente **ODONTO SYSTEM**.

**2ª ACORDANTE:** MUNICIPIO DE NAZARE, pessoa jurídica de direito público, **instituído pela Lei 6.346/2000 que alterou a Lei 4.491/1973 e regulamentado pelo Decreto Estadual 108/2012**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 13.797.188/0001-92, com sede **na PC DR ALEXANDRE BITTENCOUR, nº 7, Bairro SEDE, NAZARE / BA**, neste ato devidamente representado por **seu Prefeito, EUNICE SOARES BARRETO PEIXOTO, BRASILEIRA, CASADA, PREFEITA, CPF/MF sob o nº 385.634.525-68, portador do RG 02.672.572-01, residente e domiciliado(a) em NAZARE - BA**, doravante denominada **CONVENIADA**.

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** O objeto do presente Termo de Convênio é a prestação dos serviços de assistência odontológica, pela **ODONTO SYSTEM**, em favor dos **SERVIDORES** da **CONVENIADA**, bem como dependentes por estes indicados, doravante denominados beneficiários, cujo pagamento das parcelas mensais dar-se-á através de desconto em folha de pagamento.

**Parágrafo Primeiro:** A prestação dos serviços de assistência odontológica pela **ODONTO SYSTEM** será regida, no que couber, pelas cláusulas constantes no **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica – PF (Individual ou Familiar)**, a ser firmado individualmente com cada beneficiário indicado pela **CONVENIADA**.

**Parágrafo Segundo:** Os serviços objeto do presente contrato serão prestados pela **ODONTO SYSTEM** aos **SERVIDORES** da **CONVENIADA**, bem como, aos seus respectivos dependentes, devidamente explicitados na epígrafe do **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica – PF**, que deverá ser assinado pelo titular do plano odontológico, no ato do contrato de adesão individual.

**Parágrafo Terceiro:** Estarão aptos a fazer uso do presente convênio os seguintes **SERVIDORES**:

- a) Maiores de 18 anos ou emancipados;
- b) Efetivos, que trabalhem sob regime celetista, comissionados ou estatutário, desde que gozem de vínculo com a **CONVENIADA** nos termos da legislação vigente;
- c) Possuam margem consignável disponível para o desconto em folha do pagamento das parcelas mensais dos contratos de planos odontológicos que aderir para si ou para seus dependentes;

**Parágrafo Quarto:** Os **SERVIDORES** incluídos nas situações abaixo indicadas, não estarão aptos a fazer uso do presente convênio, quais sejam:

- a) Estejam em gozo de benefício previdenciário;
- b) Esteja em sindicância que possa resultar em sua exoneração;

**Parágrafo Quinto:** Serão considerados dependentes os parentes, de qualquer grau, do titular do plano odontológico, bem como seus agregados.

**Parágrafo Sexto:** Os **SERVIDORES** que desejarem fazer uso dos benefícios do presente convênio deverão apresentar, em agente autorizado: **a)** cópia de documento de identificação com foto; **b)** dados completos (nome completo, endereço residencial e CPF) de dependentes; **c)** cópia de comprovante de residência; **d)** cópia dos 03(três) últimos comprovantes de renda.

**Parágrafo Sétimo:** Para efeitos deste convênio, serão considerados agentes autorizados da **ODONTO SYSTEM**: **a)** funcionários celetistas ou estatutários, devidamente identificados; **b)** membros de empresas de representação comercial, devidamente identificados.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** A **ODONTO SYSTEM** disponibilizará aos beneficiários do presente convênio o(s) produto(s) **LISTAR OS PRODUTOS**.

**Parágrafo Primeiro:** A cobertura disponibilizada pela **ODONTO SYSTEM** aos beneficiários deste convênio será aquela descrita no **ANEXO I** do **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica – PF**, assinado por cada **SERVIDOR** da **CONVENIADA**.

**Parágrafo Segundo:** Os procedimentos caracterizados no **ANEXO I** do **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica - PF** como de “cobertura parcial”, serão custeados mediante co-participação do beneficiário.

**Parágrafo Terceiro:** Os valores devidos pelos beneficiários, **SERVIDORES** ou seus dependentes, em razão da realização dos procedimentos de cobertura parcial, deverão ser pagos ao profissional credenciado à **ODONTO SYSTEM**.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** Serão devidos à **ODONTO SYSTEM**, em razão da prestação de serviços de assistência odontológica, por cada beneficiário titular ou dependente de plano odontológico, o(s) valor(es) abaixo:

- a) PLANO PLANO PREVENCAO E SAUDE ESPECIAL COM TODAS AS RESINAS II (**NÚMERO DE REGISTRO ANS** 466219129) – R\$ 21,00 (VINTE E UM REAIS);
- b) PLANO PLANO PREVENCAO E SAUDE ESPECIAL COM TODAS AS RESINAS II (**NÚMERO DE REGISTRO ANS** 466219129) – R\$ 21,00 (VINTE E UM REAIS);

**Parágrafo Primeiro:** A **ODONTO SYSTEM** ficará responsável em repassar, com antecedência mínima de **05(cinco) dias** da data estipulada para fechamento da folha de pagamento da **CONVENIADA**, listagem de todos os beneficiários e valores a serem debitados naquele mês. O

repassse à **ODONTO SYSTEM** deverá ocorrer no prazo de **15(quinze) dias** após o desconto em folha de pagamento, mediante depósito em conta corrente da **ODONTO SYSTEM**.

**Parágrafo Segundo:** O gozo de período de férias não desonera o pagamento da(s) parcela(s) mensais daquele período, que deverá ser descontada no adiantamento pago em favor beneficiário titular, responsável financeiro pelo(s) contrato(s) aderido(s).

**Parágrafo Terceiro:** A **CONVENIADA** figurará como mera **repassadora** dos valores devidos por seus **SERVIDORES** e eventuais dependentes a **ODONTO SYSTEM**, **não sendo responsável pelo inadimplemento das mensalidades**.

**Parágrafo Quarto:** As **PARTES** declaram que a prestação de serviços odontológicos aos **servidores** e eventuais dependentes opera-se, em caráter de não exclusividade e sem a utilização de recursos públicos, sendo a **CONVENIADA** encarregada exclusivamente a efetuar os descontos em folha de pagamento das respectivas mensalidades e repassar a **ODONTO SYSTEM**.

**Parágrafo Quinto:** Após a adesão dos planos odontológicos, a **ODONTO SYSTEM** promoverá a emissão dos documentos fiscais para os **SERVIDORES** e efetivos tomadores dos serviços prestados pela **ODONTO SYSTEM**.

**Parágrafo Sexto:** A **ODONTO SYSTEM** se compromete a manter, obrigatoriamente, cópias ou gravações de todas as adesões e contratos de planos odontológicos contratados.

**Parágrafo Sétimo:** A **CONVENIADA** fica obrigada a comunicar à **ODONTO SYSTEM**, oficialmente, no prazo de **48(quarenta e oito) horas** da ocorrência, os casos de desligamento, exoneração ou falecimento de beneficiários, titulares ou dependentes.

**Parágrafo Oitavo:** Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades dos planos atribuídos na presente cláusula será anual, e dar-se-á mediante a aplicação do índice IPCA/IBGE, o qual será apurado, no período de 12 (doze) meses consecutivos.

**Parágrafo Nono:** A **CONVENIADA** indicar, ainda, meios de contato direto para dirimir todas as dúvidas do presente convênio, conforme dados infra:

- A) Nome: **FABIO RIBEIRO SALES**
- B) Email: **SECAD.NAZARE@GMAIL.COM**
- C) Telefone: 71 9 9302-3840 / 75 98170-6456 / 75 3636-2711

**Parágrafo Décimo:** A **ODONTO SYSTEM** indicar, ainda, meios de contato direto para dirimir todas as dúvidas do presente convênio, conforme dados infra:

- A) Nome: **MOISESALMEIDA**
- B) Email: **MOISES.ALMEIDA@odontosystem.com.br**
- C) Telefone: 71 991069071

**CLÁUSULA QUARTA:** A **ODONTO SYSTEM** será responsável exclusiva pela realização de todos os procedimentos odontológicos efetuados em favor dos beneficiários, titulares e dependentes, vinculados a esta convênio.

**CLÁUSULA QUINTA:** A **CONVENIADA** permitirá a divulgação dos serviços ofertados pela **ODONTO SYSTEM**, em suas dependências, junto aos **SERVIDORES** e ela vinculados.

**CLÁUSULA SEXTA:** O prazo de vigência do presente instrumento será de 24 (**VINTE E QUATRO**) meses, a contar da data de sua assinatura, prorrogáveis automaticamente por igual período, salvo na hipótese de manifestação contrária das partes, por escrito, com uma antecedência de 60 (sessenta) dias.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** Na hipótese de pedido de rescisão (cancelamento) do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica – PF, em relação a qualquer beneficiário, titular ou dependente, antes do transcurso do primeiro período de vigência, peculiar a cada contratação individual, será devido o pagamento da multa rescisória, nos moldes previstos no item 15.5., Cláusula Décima Quinta do Contrato PF.

**Parágrafo Primeiro.** O valor da multa rescisória será arcado diretamente pelo beneficiário titular, sem inserção em folha de pagamento da **CONVENIADA**, mediante utilização dos meios de pagamento (boleto bancário, débito, cartão de crédito ou outro meio indicado pelo titular do plano) disponibilizados pela **ODONTO SYSTEM**.

**CLÁUSULA OITAVA:** Fica eleito o foro da comarca de NAZARE, Estado do BAHIA, para dirimir qualquer dúvida que possa ser suscitada em torno do presente convênio, em detrimento de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente Termo de Convênio, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, que declaram ter lido e compreendido em todos os seus termos, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas, para os devidos fins de direito.

NAZARE, 12 de **NOVEMBRO** de 2018.

\_\_\_\_\_  
**ODONTO SYSTEM PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.**

\_\_\_\_\_  
**MUNICÍPIO DE NAZARE**

**Testemunhas:**

1. \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF/MF nº:

2. \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF/MF nº: