

CONTRATO DE PARCERIA OU CONVÊNIO

I - Partes

CLINICA ORTO FACIAL S/S LTDA, inscrita no CNPJ nº 02.304.476/0001-41, com sede na Rua José Antônio, nº. 722, Bairro Centro, Campo Grande – MS, CEP 79002-400, Estado do Mato Grosso do Sul, neste ato representada legalmente na forma de seu Contrato Social, doravante denominada **CONVENENTE**.

SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS BANCÁRIOS DE CAMPO GRANDE MS E REGIÃO, estabelecido na Rua Barão do Rio Branco - 2652 - Bairro Jardim dos Estados, na cidade de Campo Grande, inscrita no CNPJ sob nº 03.270.741/0001 - 80, neste ato representada legalmente pelo Presidente, José Clementino Aparecido Pereira, casado, bancário, RG 617 781 7 - SSP/SP e inscrito no CPF sob nº 127 674 761 – 68, doravante denominada **CONVENIADA**.

Conforme mútuo interesse, os partícipes firmam o presente Convênio Empresa, de acordo com as seguintes cláusulas e condições:

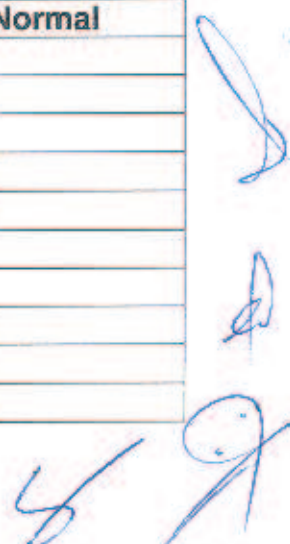
CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente Convênio tem por finalidade a concessão de desconto na prestação de serviços, pela **CONVENIADA**, a todos os Associados e seus respectivos dependentes legais da **CONVENIADA**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A relação dos serviços oferecidos pela **CONVENENTE**, bem como os valores dos serviços a serem praticados aos Associados e/ou Dependentes Legais estão discriminados no **PARÁGRAFO SEGUNDO**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - TABELA DE PREÇOS DA CLÍNICA

Tabela Dentística

Valor Convênio	Valor Convênio	Valor Normal
Foto 1 Face	R\$ 49,30	R\$ 58,00
Foto 2 Faces	R\$ 55,25	R\$ 65,00
Foto 3 Faces	R\$ 72,25	R\$ 85,00
Faceta	R\$ 89,25	R\$ 105,00
Clareamento Led	R\$ 382,50	R\$ 450,00
Restauração com Ionômero	R\$ 42,50	R\$ 50,00
Núcleo Direto	R\$ 72,25	R\$ 85,00
Restauração Temporária	R\$ 29,75	R\$ 35,00
Profilaxia	R\$ 68,00	R\$ 80,00
RaioX periapical (Boca toda)	R\$ 110,50	R\$ 130,00



Modelos de estudo (par)	R\$ 29,75	R\$ 35,00
-------------------------	-----------	-----------

Tabela Endodontia

Descrição	Valor Convênio	Valor Normal
Incisivo e Canino	R\$ 161,50	R\$ 190,00
Pré molar	R\$ 212,50	R\$ 250,00
Molares	R\$ 348,50	R\$ 410,00
Pulpotomia	R\$ 63,75	R\$ 75,00
Emergência	R\$ 55,25	R\$ 65,00
RX Periapical	R\$ 11,90	R\$ 14,00

Tabela Pediátrica

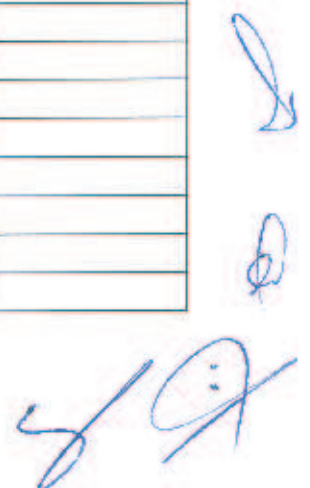
Descrição	Valor Convênio	Valor Normal
Flúor	R\$ 79,90	R\$ 94,00
Profilaxia	R\$ 79,90	R\$ 94,00
Ret Foto 1 Face	R\$ 45,90	R\$ 54,00
Ret Foto 2 Faces	R\$ 72,25	R\$ 85,00
Ret Foto 3 Faces	R\$ 85,00	R\$ 100,00
Pulpotomia	R\$ 153,00	R\$ 180,00
Selante por Dente	R\$ 40,80	R\$ 48,00

Tabela Cirúrgica

Descrição	Valor Convênio	Valor Normal
Exodontia Simples	R\$ 55,25	R\$ 65,00
Tratamento Alveolite	R\$ 72,25	R\$ 85,00
Exodontia a retalho	R\$ 119,00	R\$ 140,00
Raiz Residual	R\$ 72,25	R\$ 85,00

Tabela Prótese

Descrição	Valor Convênio	Valor Normal
Núcleo	R\$ 81,00	R\$ 90,00
Metalocerâmica	R\$ 450,00	R\$ 500,00
Sobre implante	R\$ 720,00	R\$ 800,00
Coroa total metálica	R\$ 297,00	R\$ 330,00
P. removível	R\$ 468,00	R\$ 520,00
Prótese total	R\$ 468,00	R\$ 520,00
Provisória prensada	R\$ 76,50	R\$ 85,00
Adesiva (provisório resina)	R\$ 270,00	R\$ 300,00
Adesiva (cerômero)	R\$ 360,00	R\$ 400,00
Adesiva (porcelana)	R\$ 630,00	R\$ 700,00



Handwritten signature and initials in blue ink, including a large stylized signature and several smaller initials or marks.

Tabela Ortodontia e Ortopedia Facial

Descrição	Valor Convênio	Valor Normal
Trat. Ortodôntico Completo	R\$ 74,80	R\$ 85,00
Trat. Ortopédico Facial	R\$ 57,20	R\$ 65,00
Trat. Ortodôntico Preventivo	R\$ 48,40	R\$ 55,00

Tabela Implante

Descrição	Valor Convênio	Valor Normal
Guia Cirúrgico (Unitário)	R\$ 63,00	R\$ 70,00
Implante (Unitário)	R\$ 810,00	R\$ 900,00
Reabertura (Por Implante)	R\$ 81,00	R\$ 90,00
Micro-Implante Ortodôntico	R\$ 256,50	R\$ 285,00
Guia Cirúrgico Para Protocolo	R\$ 85,50	R\$ 95,00

PARÁGRAFO TERCEIRO – Os **Associados e Dependentes Legais** que contratarem os serviços oferecidos pela **CONVENENTE**, serão contemplados com os seguintes descontos:

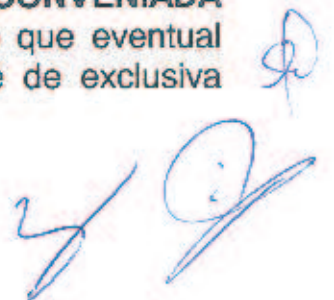
- a) **Dentística - 15%**
- b) **Endodontia – 15%**
- c) **Pediátrica – 15%**
- d) **Cirúrgica – 15%**
- e) **Prótese – 10%**
- f) **Ortodontia e Ortopedia Facial – 12%**
- g) **Implante – 10%**

Independente do número de **Associados e Dependentes Legais**;

PARÁGRAFO QUARTO – Os descontos previstos neste Convênio serão computados sobre a base bruta/nominal do valor do serviço prestado divulgada nos Comunicados de Preços da **CONVENENTE**.

PARÁGRAFO QUINTO – Os descontos previstos neste Convênio serão praticados com base no valor da contratação dos serviços em que **os Associado e/ou seus Dependente** optarem da **CONVENENTE**, mas somente para aqueles que se enquadrarem no perfil descrito no *caput* desta cláusula, e desde que os mesmos não estejam inseridos nas condições previstas na Cláusula 2ª abaixo.

PARÁGRAFO SEXTO – O presente Convênio não resulta à **CONVENIADA** qualquer obrigação de ordem financeira, ficando estabelecido que eventual inadimplência de seus Associados e/ou seus Dependentes é de exclusiva responsabilidade dos mesmos para com a **CONVENENTE**.



PARÁGRAFO SÉTIMO – A **CONVENENTE** poderá alterar a base bruta/nominal do valor do serviço prestado a qualquer momento, mediante aviso prévio a **CONVENIADA** de no mínimo de 30 dias a contar da data de início da validade da alteração.

CLÁUSULA SEGUNDA – Caso o **Associado** seja desligado da **CONVENIADA**, ele e seu(s) dependente(s) perderão a condição de **Beneficiários** deste Convênio, e os respectivos descontos não serão mais concedidos.

CLÁUSULA TERCEIRA – Os **Comunicados de Preços** indicarão os valores dos serviços a serem praticados. Tais valores, se reajustados, serão previamente comunicados a **CONVENIADA**, que informará seus **Associados e/ou Dependentes**.

CLÁUSULA QUARTA - A **CONVENIADA** se obriga a:

4.1 - Divulgar através de periódicos ou *internet*, os serviços da **CONVENENTE**, assim como, permitir o acesso da **CONVENENTE** às suas instalações para divulgação do presente Convênio, desde que autorizado pela **CONVENIADA**.

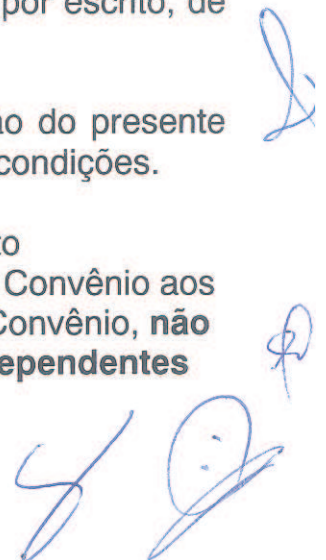
4.2 - Informar a **CONVENENTE**, caso haja alteração de seus dados e/ou endereço.

CLÁUSULA QUINTA - O presente Convênio terá início na data de sua assinatura e terá vigência por prazo indeterminado, podendo ser alterado mediante assinatura de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA - O Convênio poderá ser **rescindido a qualquer tempo** por iniciativa de quaisquer partes, mediante notificação prévia, por escrito, de **30 (trinta) dias**, sem ônus para as partes envolvidas.

PARAGRAFO PRIMEIRO – Constitui justa causa para rescisão do presente Convênio o inadimplemento de quaisquer de suas cláusulas ou condições.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Havendo rescisão deste Instrumento permanecerão sendo praticadas as condições acordadas nesse Convênio aos **Associados** contemplados até a data da rescisão do presente Convênio, **não sendo permitida a inclusão de novos Associados e/ou seus Dependentes após essa data**.





Fica eleito o foro da Comarca de Campo Grande - MS, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Convênio.

E, por estarem às partes de pleno acordo com o inteiro teor desde Convênio Empresa, assinam na presença de duas testemunhas abaixo, em **02 (duas) vias** de igual conteúdo e forma.

Campo Grande, 07 de junho de 2010.




CLÍNICA ORTO FACIAL S/C LTDA




**SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS BANCÁRIOS
DE CAMPO GRANDE MS E REGIÃO**

Testemunhas:



Rubylan Lima Oliveira
CPF: 368 305 181 - 72



Ana Lúcia Barbosa dos Santos
CPF: 366 078 601 - 25