**Contrato de prestação de serviços em caráter de plano odontológico**

**Davi Aires Martins**, nacionalidade **Brasileiro**, carteira de identidade (RG) número **8036703**, expedida por **SSPGO**, CPF número **069470011-88**, nascido em **16/10/2016**, reside em: **Rua nc 14, Qd 15, Lt 23b, setor Nova Canaã**.  
Dependente: SIM, de **Katyellen Kalita Aires Couto.** NÃO ( )

Doravante denominada CONTRATANTE e DENTAL CLINIC, tendo como responsável a Doutora Dinekelly Arantes de Oliveira, de CPF numero 067285086-94, CRO 9919, situada na avenida B, quadra 22, lote 09, no bairro Itaguaí 2

Doravante **denominado** CONTRATADO,

Firmam o presente contrato de prestação de serviço, com o objetivo de realizar tratamentos odontológicos, quando  
estes, descritos no rol de procedimentos do plano contratado.

Cláusula 1. Fica comprometido à DENTAL CLINIC, prestar os serviços descritos no rol de procedimentos do plano  
contratado pelo cliente.

Cláusula 2. Fica ciente o contratante, que os horários serão estabelecidos entre a recepção do consultório e o  
cliente, que dispõe de horários variados, entrando em comum acordo ambas as partes, o horário e dia de consulta,  
será definido.

§ 1. Quando o horário marcado for confirmado pelo paciente, e o mesmo faltar, será cobrado uma multa no valor de R$ 30,00 reais. A menos que o paciente desmarque o horário com 24 horas de antecedência.

Cláusula 3. O contratante fica ciente que o contrato tem fidelidade de um ano, não podendo ser cancelado antes desse período.

Cláusula 4. Fica comprometido o contratante, pagar mensalmente o valor estipulado para o plano escolhido, em  
data fixa, sabendo o mesmo, que o atraso do pagamento implicará na suspensão imediata do atendimento.

§ 1- O pagamento deverá ser realizado diretamente para o consultório, por meio de transferência bancária, PIX, ou em espécie na moeda corrente.

§ 2- O atraso do pagamento acarretará em juros sendo este em multa pelo atraso, que será 10% do valor mensal do  
plano, e juros por mora diária de 3% do valor mensal do plano.

§ 3- Caso possua dependentes em sua cota, a responsabilidade é total e única do contratante pelo pagamento de  
todos os dependentes anexados em seu plano, e que ocorrendo o atraso de qualquer um dos membros, fica  
suspenso o atendimento de todos os dependentes juntamente com o contratante.

Cláusula 5. Pelos serviços que lhe serão prestados, o contratante se compromete a pagar a quantia de **125,00** reais pelo plano odontológico classe **PREMIUM**, criado e desenvolvido pelo próprio consultório.

§ 1. Os procedimentos são liberados para se executar no cliente a partir do vencimento da carência, prazo esse fixado no rol de procedimentos. Salvo resguardo, que pagando adiantado as mensalidades correspondentes ao prazo de carência, o procedimento é liberado, ficando a critério de disponibilidade da agenda para efetuar a marcação de horário.

Para clareza, tendo lido e concordado com os procedimentos alistados no rol de procedimentos que me foi repassado com antecedência, de disponibilidade na agenda, e de fatores que fogem ao controle de ambas as partes, firmo o presente. Caldas Novas **29 de Março de 2022**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 CONTRATANTE CONTRATADO  
 DENTAL CLINIC