

Contrato: 1115/1601

**Dados Pessoais**

Nome do Titular:

Márcene Maria de Jesus Costa

Sexo:

M:  F:

Nascimento:

15/11/1965

Estado Civil:

Casado

Solteiro

Outro

CPF:

081.690.498.73

RG:

23.704.375-0

Naturalidade:

Fernandópolis

UF:

S P

Profissão/Atividade:

Masagista

Pai:

Joaquim Pereira da Costa

Mãe:

Maria Apa de Jesus Costa

**Endereço Residencial**

Endereço:

Rua 9 de Julho

Número:

1552

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Araraquara

UF:

S P

CEP:

14801-295

**Informações de Contato**

Fone:

(16) 9776 4443

Celular:

E-mail:

Outros:

Tia (16) 3335.8823

**Dependentes Legais**

Nome	Nascimento	Parentesco	Fone
Julia vitória Costa vasconcelos	23/11/2001	filha	
Alei soares de lima	06/03/1965	conjugue	
Mari amaral da Costa	/ /	irmã	
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Data para o Pag. da Taxa de Adesão:

- / -

Valor: R\$

trinta reais

Número de Parcelas:

06

12

18

X

24

05

10

15

X

20

25

Valor das parcelas: R\$

doze reais

A partir de:

/ /

OBSERVAÇÃO: Em caso de desistência do contrato pôr parte do CONTRATANTE antes do término das parcelas, este pagará uma multa contratual no valor equivalente a três parcelas, precisando para isso estar rigorosamente em dia com as parcelas anteriores. A rescisão ou inadimplência acarreta automaticamente a interrupção dos serviços e a perda dos direitos conseqüentes deste instrumento. Após 45 dias de inadimplência este contrato será enviado para cobrança extrajudicial e judicial com a inclusão do nome do titular nos órgãos de proteção ao crédito.

Araraquara - SP 29 de Outubro de 2010

Almeida

Assinatura da empresa (contratada)



CTR

Márcene Costa

Assinatura Cliente (Contratante)

Contrato: 1115/1601

**Taxa de Adesão e Mensalidades**

Eu, Mariene Maria da Costa CPF: 08169049873.

Autorizo em caráter irrevogável, os débitos abaixo referentes a taxa de adesão e as mensalidades do Plano de Benefícios do contrato registrado sob o número: 1115/1601 na opção por mim indicada.

**Art. 1º** - Em adiantamento ao CONTRATO DE ADESÃO classificado sob o N°. 1115/1601 autorizo o débito da:

TAXA DE ADESÃO no valor de: 30,00 ( trinta reais )

E o débito para quitação do contrato de: 06  12  18  24  meses. 1890

a vista no valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Em 18 parcelas mensais no valor de R\$ 12,00 ( doze reais ) cada uma.

**Art. 2º** - Esta autorização de débito assim como o CONTRATO DE ADESÃO aditado, será renovado automaticamente por igual período e assim sucessivamente, se não houver manifestação contrária por escrito no mínimo 30 (trinta) dias antes do término da vigência ou das renovações. Caso atrasse o pagamento da fatura será cobrado multa de 2% e juros de 1% ao mês, e será acrescido na fatura seguinte.

**Art. 3º** - Esta autorização de débito só pode ser cancelada no prazo legal (art. 49 da lei 8078/90) de até 07 (sete) dias de sua assinatura ou se quitadas as parcelas aqui autorizadas para pagamento das mensalidades previstas no CONTRATO DE ADESÃO anexado à mesma.

**Art. 4º** - A alteração do valor autorizado será feita em janeiro de cada ano com base no IGPM integral da FGV do ano anterior independentemente da data de sua assinatura. Esta alteração de valores será divulgada em jornal de grande circulação no estado federativo onde situa a CONTRATADA e reside o TITULAR CONTRATANTE.

**Art. 5º** - Somente os filiados rigorosamente em dia com suas obrigações financeiras junto a CONTRATADA terá direito aos serviços e vantagens por ela intermediados. Obs. A Empresa CONTRATADA se responsabiliza em reembolsar integralmente o filiado em caso de dupla cobrança deste contrato. A solicitação de devolução de valor pago em duplicidade deve ser feita diretamente a empresa prestadora de serviços; MASTER ODONTOLOGIA & SAÚDE - CNPJ 00.959.348/0001-00.

**Obs:** Ao mudar de endereço e fazer o desligamento de luz, o cliente deverá comunicar a CENTERCOB 0800-600-6531, pois a cobrança esta vinculada ao endereço antigo e deverá atualizar a autorização para o novo endereço.

**Opcionais De Pagamento**

Pagamento a vista em dinheiro, cheque e/ou cheques pré datados, mediante emissão de recibo eletrônico (cupom).

Cartão de crédito: \_\_\_\_\_ Nome conforme consta no cartão: \_\_\_\_\_  
Nº do cartão: \_\_\_\_\_ Cod. de seg.: \_\_\_\_\_ Venc. dia: \_\_\_\_\_ Validação: / /  
Assinatura do titular por extenso e legível: \_\_\_\_\_

Débito bancário, Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta corrente: \_\_\_\_\_  
Cod. op. \_\_\_\_\_ Venc. dia: \_\_\_\_\_ Ass. do titular por extenso e legível: \_\_\_\_\_

Débito em folha de pagamento salarial, Empresa: \_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário por extenso e legível: \_\_\_\_\_

Conta de energia elétrica, Concessionária: \_\_\_\_\_ Seu código: \_\_\_\_\_  
Data da leitura: / / Vencimento da fatura: / / Tipo doc.: CPF Nº: 08169049873.  
Obs: O valor acima será somado ao valor do consumo de energia elétrica  
Assinatura do titular por extenso e legível: Mariene B Costa

Araraquara - SP 29 de Outubro de 2010

J. Henrada  
Assinatura (contratada - vendedor)



Mariene B Costa  
Assinatura (cliente - contratante)

Contrato: 1115/1601

Pelo presente instrumento particular, de um lado Sr(a) Mariene Maria da Silva Costa, qualificado no anexo I – doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, e de outro lado **MASTER ODONTOLOGIA & SAUDE LTDA.**, Com sede na Av. Duque de Caxias Nº. 364 - Sala 51, 5º andar, Centro, Cep. 14801-120, Araraquara, estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob nº. 00.959.348/0001-00 doravante denominada simplesmente CONTRATADA, tem entre si justa e contratada, a intermediação de serviços que se regerá pelas condições que seguem.

DOS ASSISTIDOS: A CONTRATADA obriga-se a intermediar os serviços descritos na cláusula abaixo ao CONTRATANTE e aos seus dependentes relacionados no Anexo I. DOS SERVIÇOS ABRANGIDOS: O presente Contrato oferece para o CONTRATANTE uma tabela diferenciada e previamente negociada pela CONTRATADA com profissionais na área de ODONTOLOGIA e a ser entregue resumidamente ao CONTRATANTE no ato do pagamento da taxa de adesão. Os valores dos preços dos procedimentos odontológicos irão variar de acordo com a margem de lucro de cada um deles e conforme uma cotação feita pela CONTRATADA na cidade onde reside o CONTRATANTE e poderão sofrer reajustes ou depreciações sem aviso prévio de acordo com os preços de mercado. Os procedimentos Odontológicos poderão, a critério de a CONTRATADA ser realizado fora da cidade do CONTRATANTE caso na mesma, não haja especialista credenciado pela CONTRATADA ficando a cargo do CONTRATANTE as despesas com viagens, estadias e alimentação caso necessário seja para a realização do tratamento; DOS SERVIÇOS NÃO ABRANGIDOS: Ficam excluídos do contrato e não serão realizados em nenhuma hipótese os seguintes serviços: a) Quaisquer serviços, procedimentos e tratamentos não constantes da Listagem de Profissionais e especialidades de cada um deles; b) Atendimento a Portadores de doenças infecto-contagiosas, pela necessidade de ambiente ambulatorial para tratamento adequado; c) Atendimento a portadores de deficiência mental grave que necessitem atendimento específico ou em ambiente hospitalar adequado; d) Exames complementares a ser realizado pôr outras entidades, quando necessários e Cirurgias ósseas; DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: a) Para qualquer atendimento o CONTRATANTE ou qualquer um de seus dependentes deverá retirar a GUIA de ORÇAMENTOS/ATENDIMENTOS no local determinado pela CONTRATADA, guia esta válida apenas para o dia e hora nela marcados; b) O CONTRATANTE em hipótese alguma poderá pagar qualquer valor ou taxa para qualquer profissional credenciado, tendo que todos os pagamentos relativos a tratamentos e afins devem ser feito no escritório local da contratada ou em rede Bancaria; c) Pelos serviços ajustados no presente instrumento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a taxa de adesão ( 30,00 trinta reais ), e as mensalidades descritas no Anexo I (12,00 doze reais ). E ainda os valores correspondentes a todos os procedimentos realizados em sua pessoa ou na pessoa de qualquer dependente relacionado no Anexo I estes com 48 horas antes da consulta. O titular contratante é avalista de cada dependente relacionado no anexo I, E caso o CONTRATANTE ou qualquer dependente coloque qualquer tipo de APARELHO ORTODONTICO a colocação é gratuita, ficando obrigado a pagar pelas manutenções no máximo 30% do valor do salário mínimo vigente e ainda com 20% de descontos em acessórios que porventura sejam necessários durante o tratamento; d) no caso do usuário de aparelho ou seu responsável venha a parar de fazer as MANUTENÇÕES periódicas pôr qualquer motivo que seja, lhe será cobrado a preço de mercado o APARELHO ORTODONTICO utilizado; e) Fica ainda determinado que o aparelho em uso venha a ser danificado pôr mau uso por parte do usuário, serão cobradas as peças de reposição; f) Qualquer parcelamento de tratamento deverá ser aprovado pelos Profissionais e pela CONTRATADA somente quando a parcela superar o valor de R\$ 60,00 (sessenta reais), sendo que o atraso de qualquer parcela de tratamento implicará no cancelamento do horário marcado; DA VIGÊNCIA: O presente contrato terá validade pôr no mínimo 18 meses da data do pagamento da taxa de adesão; DA RENOVAÇÃO: O presente contrato renovar-se-á automaticamente por igual período e assim sucessivamente, caso não haja manifestação contrária, por escrito, por qualquer das partes até 30 trinta dias antes de seu término ou do término das renovações; DA RESCISÃO: a desistência antecipada pôr parte do CONTRATANTE acarretará em multa contratual no valor de 3 (três) parcelas, precisando para isso estar rigorosamente em dia com as parcelas anteriores e acarretará também a interrupção imediata de tratamentos, e demais direitos e deveres a ele conferidos; DAS CARÊNCIAS: Não será observado nenhum prazo para carência de qualquer procedimento a partir do pagamento da taxa de adesão; DO PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES: a) Obriga-se o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA, pelo período mínimo de 18 meses, os valores descritos no anexo-I, e independente de terem ou não o CONTRATANTE e/ou os beneficiários solicitado algum atendimento, tratamento ou consulta de emergência na rede credenciada; b) O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal; c) O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores; d) O não atendimento por falta de pagamento, ou suspensão de direitos dele decorrentes, não libera o CONTRATANTE da dívida contratualmente assumida, que poderá ser cobrada em ação de execução; e) O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação; f) A tabela de procedimentos poderá ser reajustada a cada período de 1 (um) ano, de acordo com a variação dos custos dos procedimentos odontológicos, determinada pela Tabela de preços expedida pela AOB- Associação dos Odontólogos do Brasil; DOS ATRASOS DE PAGAMENTOS: A inadimplência pôr parte do CONTRATANTE com relação aos valores das taxas, procedimentos e faturas, ocasionará as seguintes sanções, sem prejuízo das anteriormente especificadas: a) Multa de 2% e juros de mora de 1%; b) Correção Monetária "dia a dia" do vencimento ao efetivo pagamento na forma da lei; c) Mais custas advocatícias e de cobrança se for necessário a utilização dos meios judiciais; d) Encaminhamento ao Cartório de Protestos e/ou SPC após 45 dias de atraso; e) Suspensão da liberação de guias, até o efetivo pagamento, após o primeiro dia de atraso ; DAS DISPOSIÇÕES GERAIS: Fica avencido entre as partes que não haverá resarcimento de parcelas pagas a qualquer título para a CONTRATADA sob qualquer pretexto; DO FORO: Os contratantes elegem o foro da cidade de Araraquara/SP, para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em duas vias de igual teor, juntamente com duas testemunhas.

Araraquara - SP 29 de Outubro de 2010.

Bruno Costa  
CONTRATANTE

TESTEMUNHA



405



OSIAS DE ALMEIDA

RG: 32.091.990-0

TESTEMUNHA

**MASTER ODONTOLOGIA & SAUDE LTDA.**  
Av. Duque de Caxias, 364 / SALA 51 - 5º ANDAR  
CENTRO - ARARAQUARA/SP - CEP: 14801-120  
FONE: (16) 3333-6122