

1) TESTE TESTE #@#@#@#@#@#@# TESTE TESTE

1.1 - CONTRATANTE:

1.2 – PACIENTE:

1.3 – CONTRATADA:

2) OBJETO DO CONTRATO

O objeto do presente instrumento é a prestação de serviços odontológicos propostos e autorizados no paciente___, a ser realizado pelo corpo clínico da CONTRATADA, conforme avaliação discriminada que passa a fazer parte deste.

3) DO VALOR E PAGAMENTO

3.1) Para incentivar a pontualidade no que se refere os pagamentos, a CONTRATADA aplicará, sobre o valor da parcela, desconto no importe de 10% (dez por cento).

3.2) Caso o CONTRATANTE/PACIENTE não realizar o pagamento até a data do vencimento escolhida pelo mesmo, incorrerá sobre o valor da parcela multa no importe de 2% (dois por cento) e juros de 0,0333% (zero vírgula zero trezentos e trinta e três por cento) por dia de atraso.

3.3) Em caso de conclusão do tratamento por parte da CONTRATADA, fica firmado que o inadimplemento de 2 (duas) parcelas ensejará a antecipação do vencimento das demais, podendo a CONTRATADA exigir a totalidade dos valores que restam devidos à época, mais correção monetária e juros monetário, bem como, terá, o CONTRATANTE seu nome escrito junto aos órgãos de serviço de proteção ao crédito.

4) DA DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente instrumento vigorará até que sejam satisfeitas todas as obrigações ora assumidas pelas partes, comprometendo-se ambas em não protelar o tratamento e colaborar com o regular andamento do que fora firmado, salvo a hipótese que o profissional responsável julgue a suspensão necessária para o sucesso do tratamento.

5) DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1) Executar o tratamento indicado em ambiente de trabalho seguro ao paciente, observando os padrões de higiene aplicáveis ao caso.

5.2) Realizar os procedimentos de acordo com a melhor técnica odontológica, observando o estado atual da ciência.

5.3) Esclarecer previamente o CONTRATANTE, diante das especificações de cada procedimento, contratado ou eventual, a respeito das vantagens, riscos, consequências e valores do que fora proposto.

5.4) Informar o CONTRATANTE de cada procedimento realizado a respeito do plano de tratamento e sua sequência.

5.5) Observar os preceitos éticos contidos no Código de Ética Odontológica.

5.6) Resguardar a privacidade do CONTRATANTE/PACIENTE durante todo o tratamento.

5.7) Dar assistência necessária ao CONTRATANTE/PACIENTE no que tange o tratamento proposto e realizado, compreendido o tempo necessário para recuperação.

6) DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE/PACIENTE

6.1) Informar o CONTRATADO a respeito de seu histórico em relação à sensibilidade e alergias para medicamentos anestésicos, problemas de sangramento bem como, fornecer documentos e informações acerca de seus tratamentos odontológicos anteriores.

6.2) Comparecer pontualmente às consultas agendadas para a realização do tratamento bem como, aquelas para avaliação do pós- procedimento, buscando desmarcá-las apenas em casos justificados e com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, sob pena de ser-lhe cobrado valor referente a uma consulta à época da infração.

6.3) Acatar todas as recomendações e prescrições efetuadas pela CONTRATADA, seja em relação a medicamentos, controles e cuidados durante e após o tratamento, conforme instruções previamente repassadas ante os procedimentos a serem realizados.

6.4) Realizar todos os exames solicitados pela CONTRATADA de modo a propiciar condições para a perfeita realização do tratamento.

6.5) Honrar com o pagamento dos valores e nas condições conforme descrito no item “3” deste instrumento.

6.6) É dever do(a) CONTRATANTE/PACIENTE informar a CONTRATADA a mudança de endereço residencial e de contato telefônico a fim de que mantenha seu cadastro informações atualizadas, uma vez que, caso assim não proceda, assumirá todas as consequências de sua omissão.

7) DO CONSENTIMENTO E CIÊNCIA DO CONTRATANTE/PACIENTE

7.1) O CONTRATANTE/PACIENTE DECLARA que recebeu todas as informações e esclarecimentos a respeito dos procedimentos clínico-cirúrgicos propostos e autorizados e, desde já, manifesta seu aceite pelo tratamento e condições ora contratadas.

7.2) Tomei ciência através do Cirurgião Dentista Responsável dos riscos e complicações inerentes aos procedimentos clínico-cirúrgicos envolvidos no tratamento bem como, se necessários, da utilização de métodos alternativos de tratamento, sendo que CONFIO no julgamento do profissional responsável para realizar os procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que inicialmente foram propostos, os quais autoriza a realização, caso sejam necessários.

7.3) Fui orientado sobre a utilização de medicações durante os períodos pré e pós operatório, portanto, DECLARO estar ciente de todos os cuidados e procedimentos que devo seguir, desde o período que antecede o início do tratamento até a completa recuperação.

7.4) A realização de tratamentos não descritos na avaliação e que tenham se tornado indispensáveis ao sucesso do tratamento serão cobrados a parte pela CONTRATADA, respeitando o valor praticado na ocasião para o procedimento necessário.

7.5) Autorizo a realização de fotografias e filmagens do meu tratamento, com finalidades de documentação e utilização para trabalhos didáticos e científicos, neste ultimo caso, resguardo o devido sigilo quanto à identificação pessoal.

7.6) Sou responsável e confirmo a veracidade das informações que prestei, sendo que todas foram transcritas em minha Anamnese. DECLARO que em caso de omissão ou inverdades nas informações que prestei, estas resultarão em problemas quanto ao resultado do tratamento proposto, o que caso ocorra, exclua totalmente a responsabilidade da CONTRATADA.

7.7) Fui informada de que, devida as circunstâncias individuais e pessoais de cada paciente, há risco de INSUCESSO, RECIDIVA (RECAÍDA) OU RETRATAMENTO, a despeito dos cuidados e zelo que devem ser tomados.

7.8) Que me foram prestadas todas as informações dos custos do tratamento proposto anteriormente à realização dos procedimentos, os quais me comprometo a pagar de acordo com o que fora firmado no item "3" deste instrumento.

7.9) Li e compreendi a natureza e o objetivo do tratamento proposto e estou de acordo com todo o conteúdo descrito nesse instrumento, mais uma vez afirmando minha ciência quanto aos procedimentos e orientações dos riscos e benefícios inerentes ao tratamento proposto bem como, de tratamentos alternativos, caso estes se fizerem necessários.

7.10) Que estou sendo atendido(a) por Profissional que segue as Normas de Biossegurança e da Ética vigentes, o qual me informou que sou livre para interromper meu tratamento a qualquer momento e deixou-me ciente das complicações que resultarão frente a minha desistência.

8) DA RESPONSABILIDADE

8.1) Nos termos do artigo 14, §4º da lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), responde a CONTRATADA por eventuais danos causados ao CONTRATANTE/PACIENTE quando da realização do tratamento, desde que comprovada sua culpa para o resultado lesivo.

8.2) Por se tratar de obrigação de meio, ou seja, sem obrigação de resultado, incumbe a CONTRATADA, agir dentro da melhor técnica na execução dos serviços, aplicando todos os esforços e meios necessários para alcance do objetivo almejado no tratamento.

8.3) Não responderá a CONTRATADA pelos danos estéticos, morais e financeiros, ou qualquer consequência negativa ao tratamento do CONTRATANTE/PACIENTE, que decorra de sua falta de cooperação durante e após a execução deste, ou ainda pela omissão de informações relevantes para o diagnóstico clínico.

8.4) São hipóteses de não cooperação por parte do paciente:

8.4.1) não comparecimento a consultas agendadas;

8.4.2) abandono do tratamento;

8.4.3) não observação das recomendações prescritas pelo profissional responsável.

8.4.4) deixar de comunicar imediatamente a CONTRATADA sobre fato pertinente ao tratamento.

9) DO ABANDONO DO TRATAMENTO

9.1) Considera-se abandono de tratamento se o CONTRATANTE/PACIENTE:

9.1.1) Faltar a 3 (três) consultas consecutivas, independente de justificativa;

9.1.2) Deixar de comparecer na sede da CONTRATADA por lapso temporal superior a 30 (trinta) dias, independentemente de justificativas, sem a anuência expressa da CONTRATADA.

9.1.3) Quando ocorrer atraso no devido pagamento por mais de 30 (trinta) dias da data do respectivo vencimento.

9.2) O abandono do tratamento equivale, para efeitos legais, à rescisão contratual motivada por iniciativa do CONTRATANTE/ PACIENTE.

9.3) O abandono de tratamento isenta a CONTRATADA de qualquer responsabilidade ou consequências futuras.

10) DAS GARANTIAS

Não existem garantias explícitas ou implícitas, pois o que se contrata pelo presente instrumento não são objetos e sim serviços, restando, portanto, como garantia apenas a aplicação correta da técnica adequada ao caso. O prognóstico constante do prontuário é apenas de ordem estatística, não significando necessariamente o resultado.

Por exemplo, quedas de restaurações e próteses podem ocorrer e não gera nenhum direito a indenização de qualquer natureza. Caso essas hipóteses ocorram dentro de 90 (noventa) dias da data em que fora encerrado o procedimento, desde que provada à improbidade técnica, o procedimento será refeito pela CONTRATADA sem ônus adicionais ao CONTRATANTE/PACIENTE.

11) DA RESCISÃO DO CONTRATO

11.1) O presente contrato pode ser rescindido pelas partes, uma vez observado o descumprimento de qualquer cláusula ou condição pactuada, ressalva a parte inocente o direito de reaver o valor correspondente a perda/dano sofrido.

11.2) Caso ocorra a rescisão por iniciativa do CONTRATANTE/PACIENTE ou motivada por culpa deste, os tratamentos iniciados serão cobrados como concluídos.

11.3) Caso ocorra a rescisão por iniciativa da CONTRATADA, apenas os tratamentos concluídos serão cobrados.

12) DO SIGILO

12.1) O CONTRATANTE/PACIENTE declara plena ciência e concordância de que os dados existentes nos cadastros da CONTRATADA não podem ser repassados a pessoa, instituição ou entidade estranhas as partes constantes neste instrumento, sendo as informações sigilosas e protegidas legalmente.

13) DO FORO

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de , renunciando qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 2 (duas) vias de iguais teor entregues as respectivas vias a cada parte, obrigando-se por si e seus sucessores a qualquer título, na presença de 2 (duas) testemunhas que também o subscrevem.

-----.

CONTRATANTE PACIENTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome: Nome:

RG n.º: RG n.º

Data:	- Código Cliente:	Tipo orçamento:

Nome Cliente:		Data Nascimento:	
Endereço:		Cidade:	
E-mail:		Bairro:	
CPF:		Telefones:	
Local de Trabalho:		Telefones:	
Renda:		Outras Rendas:	
Cônjuge:		Data Nascimento:	
Renda Cônjuge:			
Filhos:	Data Nascimento:	Filhos:	Data Nascimento:
Paciente:		Data Nascimento:	
Anamnese:			
1.Qual o motivo que o fez procurar o dentista?		9.Faz uso de medicamentos de uso contínuo?	
2.Tratamento Anterior:		10.Existe histórico de doença na família?	
3.Cirurgião Dentista:		11.Já teve dor de dente?	
4.Já esteve internado alguma vez		12.Tem pressão alta?	
5.Já fez alguma cirurgia?		13.Tem algo relacionado a sua saúde que você julgue importante comentar?	
6.É fumante?		14.É alérgico a algum tipo de medicação?	
7.Já fez cirurgia dentária?		15.Possui anemia?	
8.Possui Diabetes?			
Profissional:			

Informações do Tratamento Indicado pelo Profissional

Procedimento Detalhe Valor

Total Tratamento:
Total Protético:
Total Geral:

Informações do tratamento Aceito pelo Cliente

Procedimento Detalhe Valor

Total Tratamento:
Total Protético:
Total Geral:

Cirurgião dentista Paciente ou Responsável