



# Diário Oficial do **MUNICÍPIO**

Prefeitura Municipal de Almadina

1

Quarta-feira • 5 de Fevereiro de 2020 • Ano • Nº 2225

Esta edição encontra-se no site oficial deste ente.

## Prefeitura Municipal de Almadina publica:

- **Termo de Convênio** - Conveniente: DONTOPREV S.A.

## ***Imprensa Oficial***



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

**autonomia**  
**Modernidade**  
**Transparência**

## Atos Administrativos

**TERMO DE CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, ODONTOPREV S.A. E DE OUTRO LADO, MUNICIPIO DE ALMADINA - BAHIA.**

As partes a seguir nomeadas e qualificadas,

**ODONTOPREV S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.119.199/0014-76, com endereço sito na Av. Desembargador Moreira, nº 2120, 17º andar, Edif. Equatorial Trade Center, bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza/CE, neste ato representada na forma dos seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente **CONVENENTE**, e

MUNICIPIO DE ALMADINA, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 14.147.466/0001-29, com sede na Av/Rua EUZÉBIO FERREIRA, nº 26, Bairro CENTRO, CEP: 45640-000, ALMADINA/BA, neste ato devidamente representado por seu(a) Prefeito(a), Sr(a). MILTON SILVA CERQUEIRA, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 020.784.735-53, portador do RG 03.570.781-01 SSP/BA, residente e domiciliado(a) em ALMADINA/BA, doravante denominada **CONVENIADA**.

em conjunto sempre denominadas PARTES e isoladamente de PARTE,

resolvem firmar o presente **TERMO DE CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA** nos termos das cláusulas que seguem.

### **1. DO OBJETO**

O objeto do presente instrumento é a Prestação de Serviços de Assistência Odontológica da marca **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.

**1.1.** A prestação dos serviços de assistência odontológica pela marca **ODONTO SYSTEM** será regida, no que couber, pelas cláusulas constantes no **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica**, na modalidade de contratação Individual ou Familiar, a ser firmado individualmente com cada beneficiário indicado pela **CONVENIADA**.

**1.2.** Os serviços objeto do presente contrato serão prestados pela marca **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**, na modalidade de contratação Individual ou Familiar, que deverá ser assinado pelo titular do plano odontológico, no ato do contrato de adesão individual.

**1.3.** Estarão aptos a fazer uso do presente convênio os seguintes SERVIDORES:

1

[REDACTED]

1.3.1. Maiores de 18 anos ou emancipados;

1.3.2. Efetivos, que trabalhem sob regime celetista, comissionados ou estatutário, desde que gozem de vínculo com a **CONVENIEDA** nos termos da legislação vigente;

1.3.3. 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;

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

1.4.1. Estejam em gozo de benefício previdenciário;

1.4.2. Esteja em sindicância que possa resultar em sua exoneração;

1.5. Serão considerados dependentes os parentes, de qualquer grau, do titular do plano odontológico, bem como seus agregados.

1.6. 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.

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

## 2. DA OFERTA

A **CONVENIENTE** disponibilizará aos beneficiários do presente convênio o(s) produto(s) Plano **PREVENÇÃO E SAUDE ESPECIAL /TODAS AS RESINAS**.

2.1. A cobertura disponibilizada pela marca **ODONTO SYSTEM** aos beneficiários deste convênio será aquela descrita no **ANEXO I** do **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica**, na modalidade de contratação Individual ou Familiar, assinado por cada **SERVIDOR** da **CONVENIADA**.

2.2. Os procedimentos caracterizados no **ANEXO I** do **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica**, na modalidade de contratação Individual ou Familiar, como de "cobertura parcial", serão custeados mediante co-participação do beneficiário.

2.3. 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 marca **ODONTO SYSTEM**.

[REDACTED]

### **3. DA REMUNERAÇÃO**

Serão devidos à marca **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:

Plano PREVENÇÃO E SAUDE ESPECIAL/TODAS AS RESINAS (sob registro na ANS 466219129) – R\$ 25,00 ( Vinte e Cinco reais);

**3.1.** A **CONVENENTE** 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 repasse à **CONVENENTE** deverá ocorrer no prazo de 15 dias após o desconto em folha de pagamento, mediante depósito em conta corrente da **CONVENENTE**.

**3.2.** 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).

**3.3.** A **CONVENIADA** figurará como mera **repassadora** dos valores devidos por seus **SERVIDORES** e eventuais dependentes a **CONVENENTE**, **não sendo responsável pelo inadimplemento das mensalidades**.

**3.4.** 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 **CONVENENTE**.

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

**3.6.** A **CONVENENTE** se compromete a manter, obrigatoriamente, cópias ou gravações de todas as adesões e contratos de planos odontológicos contratados pela marca **ODONTO SYSTEM**.

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

**3.8.** 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.

[REDACTED]

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

- A) Nome: DANILO SANTOS PEREIRA
- B) Email: pmarh@gmail.com
- C) Telefone: (73) 9 81613355

3.10. A **CONVENENTE** indicar, ainda, meios de contato direto para dirimir todas as dúvidas do presente convênio, conforme dados infra:

- A) Nome: MOISES ALMEIDA
- B) Email: MOISES.ALMEIDA@ODONTOSYSTEM.COM.BR
- C) Telefone: (71) 9 91069071

#### **4. DA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

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

#### **5. DA PUBLICIDADE**

A **CONVENIADA** permitirá a divulgação dos serviços ofertados pela marca da **ODONTO SYSTEM**, em suas dependências, junto aos **SERVIDORES** a ela vinculados.

#### **6. DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente instrumento será de **12 (doze) 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.

6.1. O presente instrumento revoga e substitui toda e qualquer disposição estabelecida anteriormente no que tange a prestação de serviços de assistência odontológica, passando a partir desta data a ter plena e absoluta validade entre as partes contratantes.

#### **7. DA RESCISÃO**

Na hipótese de pedido de rescisão do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica, na modalidade de contratação Individual ou Familiar, 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, na modalidade de contratação Individual ou Familiar.

7.1. 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 **CONVENENTE**.

[REDACTED]

**8. DA POLÍTICA DE ANTICORRUPÇÃO E DO CÓDIGO DE ÉTICA**

A **CONVENIADA** supramencionada, representada neste ato na forma de seus atos constitutivos, DECLARA, sob as penas da Lei, conhecer, cumprir e exigir o cumprimento da Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) e demais normas pertinentes ao tema, bem como do “Código de Conduta Ética” da **CONVENENTE**, este disponível no endereço eletrônico <http://www.odontoprev.com.br/ri>, na área de “Governança Corporativa”, comprometendo-se por si e por seus sócios, administradores, diretores, funcionários, colaboradores, fornecedores, prepostos e/ou agentes a qualquer título (doravante denominados “Representantes”), a:

**8.1.** Conduzir todas suas práticas comerciais, financeiras e legais, inclusive as relacionadas ao GRUPO ODONTOPREV, de forma ética e legal, de acordo com o disposto na legislação aplicável acerca de práticas Anticorrupção, e com o “Código de Conduta Ética” da **CONVENENTE**;

**8.2.** Cumprir e exigir o cumprimento da Lei nº. 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) e demais normas pertinentes ao tema em todos os níveis e esferas públicas e privadas, inclusive junto aos órgãos da Administração Pública Direta e Indireta, Nacional ou Estrangeira e/ou transgressão à Lei Anticorrupção, principalmente, mas não se limitando às seguintes práticas: prometer, oferecer ou dar, diretamente ou indiretamente, vantagem indevida a Agente Público ou a pessoa relacionada a ele, com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão do mesmo, assim como direcionar negócios a favor de qualquer pessoa ou entidade;

**8.3.** Possuir políticas, processos e procedimentos anticorrupção, em conformidade com as leis, regulamentos e disposições normativas que tratam do combate à corrupção e suborno, nacionais ou estrangeiras, e que compromete-se por todos os seus Representantes;

**8.4.** Denunciar ao GRUPO ODONTOPREV, por meio dos canais de comunicação disponíveis, qualquer ação ou omissão, ainda que não haja provas, que venha a ter conhecimento e que importem em descumprimento da legislação Anticorrupção vigente, e/ou ao “Código de Conduta Ética” da **CONVENENTE**; e

**8.5.** Declara ainda a **CONVENIADA** ter plena ciência de que o descumprimento do disposto no presente Termo ensejará, independentemente de culpa ou dolo, a rescisão motivada de quaisquer contratos e/ou negócios que tenha celebrado com qualquer empresa do GRUPO ODONTOPREV, sem prejuízo das demais penalidades contratuais atreladas, bem como das demais medidas cabíveis em todas as esferas, inclusive, mas não se limitando à, medidas administrativas, criminais e de reparação de danos sofridos.

**9. DO FORO**

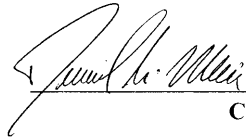
Fica eleito o foro da comarca de COARACIA, Estado do BAHIA, para dirimir qualquer dúvida que possa ser suscitada em torno do presente convênio, em detrimento de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

[REDACTED]

[REDACTED]

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.

ALMADINA, 22 de NOVEMBRO de 2019.

  
\_\_\_\_\_

CONVENENTE

  
\_\_\_\_\_

CONVENIADA

**Testemunhas:**

1. \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF/MF nº:

2. \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF/MF nº: