TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM ODONTOART PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA. E ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ - ASSEMPECE.

A ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ - ASSEMPECE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.418.921/0001-80, com sede na Rua Sólon Pinheiro, 983, Bairro José Bonifácio, Fortaleza/CE, Fones: (85) 3077.3059 / 3077.3058 / 9832.0066, neste ato representada por sua Diretora Administrativa ROZANGELA ALVES DE SOUSA, doravante denominada **CONVENENTE**, e de outro lado, **ODONTOART PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede estabelecida na Av. Santos Dumont, nº 2849, 2º Andar, Aldeota, Fortaleza/CE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.187.913/0001-57, neste ato representado por seu Presidente, Sr. **TADEU MAGELA DE OLIVEIRA,** brasileiro, casado, empresário, inscrito no CPF/MF sob o nº 363.014.933-20 portador do RG 93.502.085 SSP-CE, residente e domiciliado em Fortaleza/CE, doravante denominada de **CONVENIADA**, **RESOLVEM** celebrar, por seus representantes legais, o presente **CONVÊNIO** que se regerá pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - O objeto do presente Termo de Convênio é a prestação dos serviços de assistência odontológica pela **CONVENIADA** aos associados da **CONVENENTE**, bem como aos dependentes por estes indicados, doravante denominados beneficiários, cujo pagamento das parcelas mensais dar-se-á através de desconto em folha de pagamento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A prestação dos serviços de assistência odontológica pela **CONVENIADA** será regida, no que couber, pelas cláusulas constantes no Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica - PF, a ser firmado individualmente com cada associado da **CONVENENTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os serviços objeto do presente Convênio serão prestados pela **CONVENIADA** aos associados da **CONVENENTE,** bem como aos seus respectivos dependentes, devidamente explicitados no Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica – PF, que deverá ser assinado pelo titular do plano odontológico, no ato da contratação.

CLÁUSULA SEGUNDA - A **CONVENIADA** disponibilizará aos beneficiários do presente Convênio o produto **PLANO MULTIMASTER.**

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A cobertura disponibilizada pela **CONVENIADA** aos beneficiários deste Convênio será aquela descrita no **ANEXO I** do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica – PF, assinado por cada associado da **CONVENENTE**.

Os **BENEFICIÁRIOS** terão desconto especial no plano **MULTIMASTER** (Plano Completo), ficando as mensalidades referentes a este plano no valor de R$ 16,90 (dezesseis reais e noventa centavos) por cada adesão.

CLÁUSULA TERCEIRA - Serão devidos à **CONVENIADA**, em razão da prestação de serviços de assistência odontológica, pelos associados da **CONVENENTE**, os seguintes valores:

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O pagamento das mensalidades do plano odontológico será efetuado mediante o desconto na folha de pagamento dos respectivos usuários titulares, a ser efetuado pela **CONVENENTE** para posterior repasse à **CONVENIADA**, o qual deverá ocorrer até 10º dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A **CONVENENTE** figurará como mera repassadora dos valores devidos por seus servidores e eventuais dependentes, não sendo responsável pelo inadimplemento das mensalidades.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A **CONVENIADA** se compromete a manter, obrigatoriamente, cópias ou gravações de todas as adesões e contratos de planos odontológicos contratados.

PARÁGRAFO QUARTO - A **CONVENENTE** e a **CONVENIADA** deverão indicar um representante, para contato direto para dirimir todas as dúvidas do presente Convênio.

CLÁUSULA QUARTA - A **CONVENIADA** será responsável exclusiva pela realização de todos os procedimentos odontológicos efetuados em favor dos beneficiários, titulares e dependentes, vinculados a este Convênio.

CLÁUSULA QUINTA - A **CONVENENTE** contribuirá para execução do presente convênio através da divulgação dos serviços oferecidos pela **CONVENIADA** junto a seus associados e funcionários. Essa divulgação será feita por meio de comunicação interna, publicações próprias que faz circular junto aos seus associados e funcionários, inclusive nos meios de comunicação e mídias sociais.

CLÁUSULA SEXTA - Caberá a **CONVENIADA** informar a **CONVENENTE** os associados e empregados que optaram pela contratação dos serviços de assistência odontológica disponibilizados por providências necessárias à operacionalização dos descontos mensais na folha de pagamento.

CLÁUSULA SÉTIMA – A **CONVENIADA** deverá se manter adimplente quanto aos tributos de competência do **CONEVENTE** durante todo o prazo de vigência do presente instrumento.

CLÁUSULA OITAVA - O presente convênio tem sua vigência por tempo indeterminado, a contar da data de sua assinatura, podendo ser rescindido a qualquer momento, mediante

comunicação por escrito, com uma antecedência de 30 (trinta) dias.

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

E, por estarem assim juntos e contratados, firmam o presente Termo de Convênio, em duas vias de igual teor e forma, que declaram ter lido e compreendido em todos os seus termos, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para os devidos fins de direito.

FORTALEZA/CE, 12 de setembro de 2019.

Rozangela Alves de Sousa
Diretora Administrativa

TADEU MAGELA DE OLIVEIRA
ODONTOART PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.
PRESIDENTE

ROZANGELA ALVES DE SOUSA
ASSEMPECE

TESTEMUNHAS:

CPF:

TESTEMUNHAS:

CPF: