

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Pelo presente instrumento particular de contrato de prestação de serviços odontológicos, os contratantes, de um lado o(a) cirurgião(ã)dentista \_\_\_\_\_, devidamente inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco sob o nº \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, com consultório à \_\_\_\_\_, (cidade) \_\_\_\_\_, PE, CEP \_\_\_\_\_, doravante denominado(a) CONTRATADO(A), e do outro lado o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_, paciente (OU Responsável legal do(a) menor \_\_\_\_\_), portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, (cidade) \_\_\_\_\_, PE, CEP \_\_\_\_\_, doravante denominado(a) CONTRATANTE, têm entre si justo e acordado, na melhor forma do direito as seguintes condições abaixo detalhadas:

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula Primeira** – O(A) CONTRATADO(A) prestará ao CONTRATANTE serviços odontológicos, especificamente na área de \_\_\_\_\_, importando na realização dos procedimentos constantes no plano de tratamento – consentimento esclarecido apresentado e aceito pelas partes (Anexo I) do presente instrumento.

Parágrafo Único – O tratamento proposto será realizado aproximadamente em \_\_\_\_\_, podendo, todavia, sofrer prorrogação ou alteração, de acordo com eventual complexidade que o caso apresentar no decorrer do tratamento, bem como pela resposta biológica do paciente à técnica empregada, assiduidade às consultas e seguimento das orientações fornecidas pelo(a) CONTRATADO(A).

### DO VALOR E DO PAGAMENTO DOS HONORÁRIOS

**Cláusula Segunda** – O valor total dos honorários profissionais, relativos aos serviços odontológicos prestados é de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) e seu pagamento deverá ser efetuado nas datas indicadas no orçamento apresentado e aprovado (Anexo II).

Parágrafo Primeiro – O valor dos honorários, ora acordado, poderá sofrer alteração, caso seja necessário modificar o plano de tratamento inicialmente aprovado, em face da constatação de questões técnicas ou outras intercorrências que inviabilizem sua execução, sendo necessário que as partes acordem, formalmente, os novos valores ajustados.

Parágrafo Segundo – Os pagamentos vencidos e efetuados fora dos prazos previstos, estarão sujeitos a atualização monetária e a multa de mora de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.

Parágrafo Terceiro – A critério do CONTRATADO(A), poderá haver o perdão ou a redução da multa prevista no parágrafo segundo, contudo, isso não significa novação contratual, mas sim mera liberalidade deste.

### DAS OBRIGAÇÕES DO(A) CONTRATANTE

**Cláusula Terceira** – Neste ato, obriga-se o(a) CONTRATANTE: a) Comparecer pontualmente no consultório do(a) CONTRATADO(A), nas sessões, previamente agendadas, cuja ausência, sem aviso prévio de 24 (vinte e quatro) horas, acarretará a cobrança de uma consulta pelo valor vigente à época; b) Seguir, rigorosamente, as prescrições, encaminhamentos a outros especialistas da área odontológica ou profissionais da área de saúde e demais orientações fornecidas pelo(a) CONTRATADO(A), sob pena de ser declarado interrompido o tratamento; c) Informar ao(à) CONTRATADO(A) qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento em execução; d) Manter seus dados cadastrais sempre atualizados, informando eventuais mudanças de endereço, telefone etc.

Parágrafo único. A critério do CONTRATADO(A), poderá haver o perdão da pena prevista no item “a” da cláusula terceira, contudo, isso não significa novação contratual, mas sim mera liberalidade deste.

#### DAS GARANTIAS E OBRIGAÇÕES DO(A) CONTRATADO(A)

**Cláusula Quarta** – O(A) CONTRATADO(A) declara que a técnica proposta e demais materiais utilizados possuem efetiva comprovação científica, respeitando o mais alto nível profissional, o estado atual da ciência e sua dignidade profissional.

Parágrafo Único – O(A) CONTRATANTE foi devidamente esclarecido sobre os propósitos, custos, riscos e alternativas de tratamento, bem como que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica e colaboração do paciente e da própria limitação da ciência.

**Cláusula Quinta** – O(A) CONTRATADO(A) se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do plano de tratamento proposto e aprovado, assumindo responsabilidade pelos serviços prestados, resguardando a privacidade do paciente e o necessário sigilo, bem como zelando pela saúde e dignidade do(a) CONTRATANTE.

#### DA DOCUMENTAÇÃO E EXAMES COMPLEMENTARES

**Cláusula Sexta** – O(A) CONTRATADO(A) possui o dever de elaborar e manter atualizados os prontuários dos pacientes conservando-os em arquivo próprio, sendo garantido ao paciente ou seu responsável legal, ora CONTRATANTE, acesso ao seu prontuário, sempre que for expressamente solicitado, podendo conceder cópia do documento, mediante recibo de entrega.

Parágrafo Único – Quando o(a) CONTRATANTE solicitar sua documentação radiográfica e demais exames, o(a) CONTRATADO(A) se compromete a lhe devolver os documentos originais, após sua duplicação para arquivo do consultório. Caso o(a) CONTRATADO(A) tenha suportado o custo dos exames, o(a) CONTRATANTE deverá arcar com o ônus da duplicação.

## DA RESCISÃO CONTRATUAL

**Cláusula Sétima** – O presente contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo e por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, sendo, na oportunidade, cobrados os valores relativos aos trabalhos efetivamente realizados.

Parágrafo Primeiro – Em consonância com o disposto no Artigo 5º, V do Código de Ética Odontológica, durante o tratamento, ocorrendo fatos que, a critério do(a) CONTRATADO(A), prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o(a) CONTRATADO(A) reserva-se o direito de renunciar ao atendimento do(a) CONTRATANTE, oportunidade em que referida decisão será previamente comunicada, sendo fornecidas todas as informações técnicas necessárias ao cirurgião-dentista sucessor.

Parágrafo Segundo – O não comparecimento do(a) CONTRATANTE, sem motivo justificável, a três consultas, implicará em abandono tácito do tratamento, ficando assim o(a) CONTRATADO(A) isento(a) de qualquer responsabilidade desse ato, inclusive quanto à eventuais prejuízos à saúde bucal, bem como por qualquer despesa oriunda de eventual agravamento do serviço prestado, após a devida notificação do(a) CONTRATANTE. Parágrafo Terceiro – Em todos os casos de rescisão, será feita a conciliação dos honorários, de acordo com os serviços prestados.

### DO FORO

**Cláusula Oitava** – As partes elegem o foro da Comarca de \_\_\_\_\_ para dirimir quaisquer dúvidas sobre o presente contrato, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja. E por estarem de acordo com as condições acima descritas, assinam o presente contrato, em duas vias de igual teor, na presença de duas testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Local/data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal

CPF:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Cirurgião(ã)-Dentista  
CRO/PE N°

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
CPF:

\_\_\_\_\_  
CPF:

ANEXO I

PLANO DE TRATAMENTO – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Paciente: \_\_\_\_\_ ou Responsável legal : \_\_\_\_\_

Cirurgião-Dentista: \_\_\_\_\_

Queixas do paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Opções de tratamento:

Opção 01: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

Opção 02: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

Opção 03: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

Declaro que o(a) cirurgião(ã)-dentista \_\_\_\_\_, esclareceu-me adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, bem como que o sucesso do tratamento dependerá da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada e de minha colaboração, atendimento às prescrições, encaminhamentos e demais solicitações do profissional. Declaro ainda, que estou ciente que eventuais ausências às consultas e o não atendimento das orientações profissionais prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo limitações. Informo que, estou ciente de que, no curso do tratamento, dependendo da resposta biológica, poderá haver a necessidade de alteração do plano de tratamento, da técnica empregada, e da previsão orçamentária. Por fim, aceito e autorizo a execução do tratamento – opção \_\_\_\_, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcando com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Local e data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Assinatura Paciente ou Responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cirurgião(ã)-Dentista

ANEXO II

ORÇAMENTO

Paciente: \_\_\_\_\_

Cirurgião-Dentista: \_\_\_\_\_

Opção de tratamento: \_\_\_\_\_

Procedimentos a serem realizados:

Valor

\_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

Forma de Pagamento \_\_\_\_\_

Declaro aceitar o orçamento proposto, estando ciente que o valor dos honorários, ora estipulados, poderá sofrer alteração, caso ocorra a necessidade de modificar o plano de tratamento inicialmente aprovado, oportunidade em que novo ajuste formal deverá ser estabelecido em relação aos custos e opções de tratamento.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Assinatura Paciente ou Responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cirurgião(ã)-Dentista