UNIDADE I
Midway Mall – 2° piso – Tirol – Natal – RN
CEP 59015.900 – Tel.: 84 3646 3306 – Cel.: 84 8867 3306

UNIDADE II
Shopping Seaway – Lojas 18/19 – Ponta Negra – Natal – RN
CEP 59078-600 – Tel.: 84 3642 1967 – Cel.: 84 8812 1967

CONVÊNIO (Minuta)

Que entre si fazem, de um lado a Oral Way Odonto Center Ltda., com sede na Av. Bernardo Vieira, nº 3775, Loja 36 A, Bloco L2 – Midway Mall, Tirol, Natal/RN, CEP: 59.015-900, inscrita no CNPJ sob nº 08.172.259/0001-21, doravante denominada ORAL WAY, e de outro, _____, situada na _____, nº____, Bairro: _____ Natal/RN, CEP:_____, inscrito no CNPJ sob nº _____, doravante denominada _____.

CLÁUSULA 01: Pelo presente contrato, a ORAL WAY compromete-se a prestar atendimento odontológico aos Associados da _____, bem como seus dependentes, oferecendo as seguintes condições especiais:

A – 15% de desconto nos tratamentos com pagamento à vista (dinheiro);

B – 10% de desconto nos tratamento com pagamento por meio de cartão de crédito, com valor total para o vencimento do mesmo;

C – 5% de desconto nos tratamentos com pagamento a prazo, por meio de cartão de crédito, em até 4 vezes.

CLÁUSULA 02: Os atendimentos serão efetuados nas unidades da ORAL WAY (Midway Mall e Seaway) nos horários normais de funcionamento:

- ORAL WAY MIDWAY – segunda-feira a sábado, das 10h00 às 22h00 e domingos e feriados, das 15h00 às 21h00;

- ORAL WAY SEAWAY – segunda a sexta-feira, das 8h00 às 12h00 e das 14h00 às 18h00 e sábados, das 8h00 às 13h00.

CLÁUSULA 03: Estão incluídos no presente contrato/convênio todos os tipos de tratamento oferecidos pela ORAL WAY nas seguintes especialidades: dentística restauradora e estética; ortodontia; odontopediatria; reabilitação oral – prótese; endodontia; implantodontia; periodontia; cirurgia buco-maxilo-facial e documentação radiográfica e fotográfica.

CLÁUSULA 04: A _____ compromete-se a divulgar junto a seus associados os serviços oferecidos pela ORAL WAY.

CLÁUSULA 05: Logo que celebrado o convênio, a _____ compromete-se a enviar e-mail a todos os associados divulgando o início da parceria, com menção às especialidades oferecidas e às unidades de atendimento (ORAL WAY Midway Mall e ORAL WAY Seaway), com respectivos endereços e horários de funcionamento.

CLÁUSULA 06: Poderá, ainda, ser efetuada divulgação por meio de estande; cartaz (afixação nos murais do órgão); panfleto; folder; mala direta; telemarketing e correio eletrônico, em ações promovidas por iniciativa da _____ ou da ORAL WAY.

CLÁUSULA 07: A _____ não terá envolvimento no processo de pagamento do tratamento odontológico.

CLÁUSULA 08: A _____ não terá qualquer vínculo empregatício com a ORAL WAY.

CLÁUSULA 09: Este convênio é celebrado pelo prazo de 01 (um ano), após a data de sua assinatura, podendo, entretanto, ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante notificação prévia por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias, e poderá ser renovado, não havendo manifestação contrária, após passados os primeiros 30 dias contados da data de vencimento do mesmo.

CLÁUSULA 10: Todas as cláusulas do presente convênio foram previamente examinadas e reciprocamente aceitas e aprovadas por ambas as partes.

CLÁUSULA 11: O presente convênio é válido para as unidades abaixo relacionadas:

ORAL WAY ODONTO CENTER:

- Unidade MIDWAY MALL (2º piso – Tirol – Natal/RN – CEP: 59015-900 - Telefone: 84 3646-3306 – Celular: 84 8867-3306)
- Unidade SEAWAY (Shopping Seaway – Lojas 18/19 – Ponta Negra – Natal/RN – CEP: 59078-600 – Telefone: 84 3642-1967 – Celular: 84 8812-1967)

_____

Gerência Operacional – ORAL WAY ODONTO CENTER

_____

Diretor(a) Presidente da _____

Natal/RN, ___ de _____ de 2012.