



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

Estado de São Paulo

TERMO DE REAJUSTE Nº 02/17 AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO, QUE ENTRE SI CELEBRARAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO E A UNIODONTO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA.

Na Secretaria da Prefeitura, situada à Praça dos Três Poderes, 1 - centro, presentes, de um lado, a PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.741.659/0001-37, representada pelo Sr. Hélio Escudeiro, SECRETARIO MUNICIPAL DE GESTÃO MUNICIPAL, de ora em diante designados CONTRATANTES, e de outro lado, a Uniodonto de São José do Rio Pardo Cooperativa Odontológica, inscrita no CNPJ 01.221.295/0001-99, situada a Avenida Independência nº 05, Centro, município de São José do Rio Pardo/SP, Cep: 13.720-000, representada pela Presidente Dra. Ilka Aparecida Ronci Galeazzo inscrita no CPF nº 001.491.748-37 e portador do RG nº 8.257.319, na forma de seu estatuto social, doravante denominada simplesmente CONTRATADA, firmam o presente termo de reajuste nº 02, ao contrato assinado a 08 de agosto de 2014, de acordo com as normas emanadas das Leis Federais nºs 8666/93, 8883/94, 9032/95, 9648/98 e 9854/99, e com as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: Ficam reajustados os valores por pessoas, a partir de 01 e abril de 2017, conforme tabela abaixo:

Descrição	Valor Unitário contratado R\$	Valor Reajustado R\$
01 pessoa	21,52	22,59
02 pessoas	40,78	42,81
03 pessoas	59,43	62,40
04 pessoas ou mais	18,54	19,46

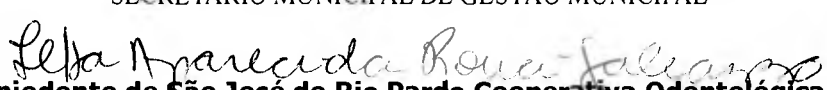
CLÁUSULA SEGUNDA: Permanecem inalteradas as demais cláusulas do contrato assinado em 08 de agosto de 2014, que com estas não conflitarem.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente termo aditivo em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

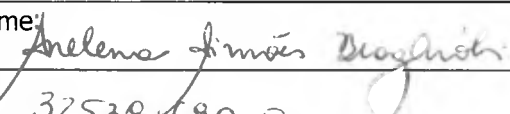
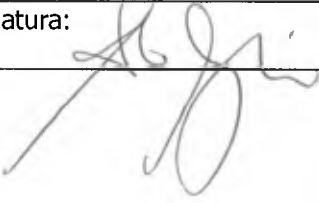
São José do Rio Pardo, 24 de março de 2017.


Hélio Escudeiro


SECRETARIO MUNICIPAL DE GESTÃO MUNICIPAL


Uniodonto de São José do Rio Pardo Cooperativa Odontológica
Presidente Dra. Ilka Aparecida Ronci Galeazzo

Testemunha 01

1) Nome: 
R.G: 32538690-0
Assinatura: 

Testemunha 02

2) Nome: **Luiz Antonio Furlan**
Diretor de Departamento Administrativo
R.G: 6037841
Assinatura: 



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO

Estado de São Paulo

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de São José do Rio Pardo

CONTRATADA: Uniodonto de São José do Rio Pardo Cooperativa Odontológica

TERMO DE REAJUSTE Nº (DE ORIGEM): Registro do Produto ANS nº 457.362/08-5 – Termo de Reajuste 02/17.

OBJETO: Prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, pelo sistema de pré-pagamento, ou seja, de custo financeiro pré-determinado (contraprestação), para garantir a execução dos atos odontológicos cobertos por este contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

Na qualidade de Contratante e Contratado, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

São José do Rio Pardo, 24 de março de 2017.

CONTRATANTE

Nome e cargo: Hélio Escudeiro/Secretário Municipal de Gestão Municipal

E-mail institucional:

E-mail Particular:

Assinatura: _____

CONTRATADA

Nome e cargo: Ilka Aparecida Ronci Galeazzo

E-mail institucional: uniodontorparado@dglnet.com.br

Assinatura: _____