



DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO

Nº 140 - Ano 09 segunda-feira, 05 de julho de 2021

Braço do Norte – Santa Catarina

LEI ORDINÁRIA MUNICIPAL Nº 3.432. DE 02 DE JULHO DE 2021.

"Autoriza o Poder Executivo a firmar Termo de Acordo com Santa Apolônia Odontomed Ltda. nos autos dos processos nºs 0300699-15.2018.8.24.0010 e 0300699-15.2018.8.24.0010/01 e dá outras providências."

O Prefeito do Município de Braço do Norte, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais, que lhe são conferidas pelo art. 59 da Lei Orgânica Municipal, faz saber a todos os habitantes deste Município que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

Art. 1º. Fica autorizado o Poder Executivo a firmar acordo com Santa Apolônia Odontomed Ltda. nos autos do processo nº 0300699-15.2018.8.24.0010 e do cumprimento de sentença nº 0300699-15.2018.8.24.0010/01, visando a finalização de todos os atendimentos pendentes, consubstanciados na instalação de próteses múltiplas, cujo número de pacientes pendentes que terão o tratamento de implantodontia finalizado será discriminado em lista a ser organizada pelo Centro de Especialidades Odontológicas — CEO do Município de Braço do Norte, respeitados os limites dos processos acima mencionados e nos termos da minuta e da ficha de avaliações anexas, as quais passam a fazer parte integrante da presente lei.

Art. 2º. As despesas decorrentes da presente lei correm por conta do orçamento vigente.

Art. 3º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal, em 02 de julho de 2021.

ROBERTO KUERTEN MARCELINO
Prefeito Municipal

Registrada na Secretaria de Administração e Fazenda e publicada no Diário Eletrônico Municipal.

RAMON GRACIA
Secretário de Administração e Fazenda





DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO

Nº 140 - Ano 09 segunda-feira, 05 de julho de 2021

Braço do Norte – Santa Catarina

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE BRAÇO DO NORTE/SC

SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA. em conjunto com o **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE**, todos já devidamente qualificados nos autos da **AÇÃO n. 0300699-15.2018.8.24.0010** e **CUMPRIMENTO DE SENTENÇA n. 0300699-15.2018.8.24.0010/01**, por seus procuradores, vêm, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, informar a composição da lide nos termos seguintes:

1 – A Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** ficará obrigada a finalizar todos os atendimentos pendentes, consubstanciados na instalação das próteses múltiplas, cujo número de pacientes pendentes que terão o tratamento de implantodontia finalizado será discriminado em lista a ser organizada pelo Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE**, respeitados os limites da presente ação.

2 – Todos os pacientes serão atendidos na sede da empresa Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.**, em Sombrio/SC, a qual ficará responsável pelo traslado dos pacientes entre os municípios de Braço do Norte/SC e Sombrio/SC, sem qualquer custo adicional para o Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE**. Caso determinado (s) paciente (s) desejar se deslocar até a sede da empresa Requerida em veículo próprio, as PARTES acordantes serão isentas de quaisquer responsabilidades em relação ao traslado.

3 – Os pacientes com mais urgência na continuidade do tratamento de implantodontia e prótese sobre implante terão preferência em relação aos demais, sendo que a avaliação técnica relativa à urgência será realizada pela equipe odontológica do Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE** em conjunto com a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** Em caso de discordância entre as avaliações, sem que haja um consenso, prevalecerá a avaliação técnica realizada pela equipe do CEO do **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE**. Na hipótese prevista anteriormente, quando da discordância nas avaliações, prevalecendo a avaliação técnica da equipe do CEO do Município Requerente, será oportunizado o prazo de 10 (dez) dias para que a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** apresente uma contestação justificada. Se mesmo assim a equipe do CEO do Município não concordar com a contestação, as PARTES designarão, em conjunto, um terceiro especialista na área para que promova a devida avaliação prevista na presente Cláusula, sendo que os custos com o *expert* serão divididos igualmente entre as PARTES.





DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO

Nº 140 - Ano 09 segunda-feira, 05 de julho de 2021

Braço do Norte – Santa Catarina

4 – As partes estabelecem o prazo de 12 (doze) meses para finalização dos tratamentos de implantodontia e próteses sobre os implantes identificados na presente demanda, a contar do início dos atendimentos, momento em que se iniciará a responsabilidade da Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** em relação aos referidos pacientes, admitindo-se prorrogação em casos isolados de pacientes que necessitem de tratamento mais complexo, sendo que referida avaliação da complexidade pontual e do tempo de prorrogação será realizada pela equipe técnica do Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE** em conjunto com a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** Novamente, em caso de discordância entre as avaliações, sem que haja um consenso, prevalecerá a avaliação técnica realizada pela equipe do CEO do **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE**. Na hipótese prevista anteriormente, quando da discordância nas avaliações, prevalecendo a avaliação técnica da equipe do CEO do Município Requerente, será oportunizado o prazo de 10 (dez) dias para que a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** apresente uma contestação justificada. Se mesmo assim a equipe do CEO do Município não concordar com a contestação, as PARTES designarão, em conjunto, um terceiro especialista na área para que promova a devida avaliação prevista na presente Cláusula, sendo que os custos com o *expert* serão divididos igualmente entre as PARTES.

5 – O Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE** ficará responsável por encaminhar para a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** lista completa com o nome de cada paciente a ser atendido, sendo que esta realizará os devidos agendamentos, respeitando a preferência nos casos mais urgentes, reencaminhando para o ente municipal até o dia 15 de cada mês a lista com os agendamentos do mês subsequente, e assim sucessivamente. Ato contínuo, o Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE** será responsável por comunicar aos pacientes acerca da data agendada para a consulta, bem como o ponto de embarque e desembarque dos mesmos, que desde já resta fixado junto ao Centro de Especialidades Odontológicas do Município de Braço do Norte – CEO.

6 – O Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE** deverá confirmar os horários pré-agendados pela Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** até o dia 25 de cada mês, contendo todos os agendamentos realizados com os pacientes para o mês subsequente, fazendo constar, no mínimo, dia, horário e nome do paciente a ser atendido. Caso algum paciente pré-agendado não confirme a consulta ou por qualquer motivo não possa comparecer, a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** deverá promover a respectiva substituição do paciente, comunicando ao Requerente.





DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO

Nº 140 - Ano 09 segunda-feira, 05 de julho de 2021

Braço do Norte – Santa Catarina

7 – Se por ventura algum paciente não fora localizado em seu contato telefônico, residencial, profissional e/ou endereço eletrônico, até o 6º (sexto) mês em relação ao início dos atendimentos objetos do presente acordo, automaticamente será excluído da lista de pacientes a serem atendidos, eis que em caso de insucesso no contato, caso o paciente tenha se mudado para outra cidade, por exemplo, sem realizar a devida informação, às partes ficam desoneradas de vínculo vitalício com o paciente.

8 – Em caso de falecimento e/ou qualquer doença que impeça o paciente a receber os devidos atendimentos, automaticamente será excluído da lista de pacientes a serem atendidos no bojo do presente acordo.

9 – Em contraprestação, o Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE** pagará para a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** o valor correspondente a R\$ 300,00 (trezentos reais) por pilar protético definitivamente instalado em cada paciente, admitindo-se o limite de 5 (cinco) pilares protéticos por paciente, haja vista que a técnica empregada é a de prótese múltipla (prótese sobre implante). Ou seja, à título exemplificativo, caso um paciente possua ou necessite de 4 (quatro) implantes, serão instaladas 4 (quatro) próteses/pilares protéticos, totalizando um crédito em favor da Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** de R\$ 1.200,00 (hum mil e duzentos reais) em relação ao referido paciente.

10 – A definição de qual técnica será empregada nos tratamentos de implantodontia e prótese sobre implantes ficará a cargo dos profissionais da Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.**, assim como o sucesso do tratamento.

11 – Em casos que o paciente necessite de instalação, modificação, substituição de implante ou cirurgia periodontal devido a qualquer tipo de intercorrência com os implantes já instalados anteriormente ou que forem ser instalados, mediante avaliação da Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.**, esta providenciará a devida intervenção, sem qualquer custo adicional para o Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE.** que pagará apenas pelas próteses instaladas inicialmente.

12 – Após a Requerida **SANTA APOLÔNIA ONDOTOMED LTDA.** finalizar o tratamento de implantodontia e prótese sobre implante em determinado(s) paciente(s), informará formalmente para o Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE,** o qual, através de sua equipe técnica, realizará a avaliação do caso no prazo de 30 (trinta) dias, contados da informação realizada pela Requerida, avaliação esta que contará com exame radiográfico panorâmico final e completa condição periimplantar e avaliação do(s) paciente(s), providenciado às custas e responsabilidade do Município, onde constatada a efetiva finalização do tratamento de maneira satisfatória da prótese, com aparência estética natural, oclusão correta, com barra metálica etc., providenciará com o(s) respectivo(s) pagamento(s). Neste caso, quando dos exames e avaliações finais, deverá ser considerada a perda





DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO

Nº 140 - Ano 09 segunda-feira, 05 de julho de 2021

Braço do Norte – Santa Catarina

óssea natural/fisiológica, a chamada saucerização óssea, em decorrência do tempo de instalação do implante, o que não afeta, contudo, a saúde bucal do paciente.

13 – A Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** comunicará formalmente ao Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE**, através dos competentes prontuários individuais, identificando, inclusive, o número de próteses instaladas em cada paciente, até o dia 20 (vinte) de cada mês, sendo que, após a avaliação da equipe técnica do ente municipal descrita no tópico 10 (dez), realizará o respectivo pagamento para a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.**, até o dia 25 (vinte e cinco) do mês subsequente ao comunicado. Assim, na medida em que os informes de finalização forem acatados pelo ente municipal, os pagamentos pelos serviços serão efetivados.

14 – Caso o Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE** se recuse a realizar qualquer pagamento, baseado na reprovação do(s) paciente(s) nos exames e avaliação final a que diz a Cláusula 12, será concedido prazo de 10 (dez) dias para a Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** contestar a decisão, sendo o caso resolvido por avaliações técnicas das partes, sem prejudicar o andamento dos demais atendimentos e pagamentos. Caso a contestação apresentada pela Requerida não seja acatada pela equipe técnica do CEO do Município, as PARTES designarão, em conjunto, um terceiro especialista na área para que promova a devida avaliação prevista na presente Cláusula e Cláusula 12, sendo que os custos com o *expert* serão divididos igualmente entre as PARTES.

15 – Passados três meses da finalização dos tratamentos, com a certificação satisfatória da equipe técnica do Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE**, que se baseará no preenchimento dos requisitos da ficha técnica anexa, o paciente será retirado da lista de tratamentos pendentes/inacabados, objeto da presente *actio*, sendo que, após tal período, eventual intervenção odontológica será de inteira e exclusiva responsabilidade dos pacientes, desonerando as partes de vínculo vitalício com os mesmos.

16 – Os pagamentos em favor da Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.** serão realizados através da conta bancária nº 8754-8, Agência 5971, Banco Bradesco, em nome de Tiago Garcia Margute, proprietário da empresa Requerida.

17 – A título de cláusula penal em decorrência do inadimplemento pontual do valor pactuado, fixa-se o percentual de 10% (dez por cento) do valor do acordo.

18 – Fica acordado que qualquer incorreção dos dados fornecidos para o mencionado depósito, ou a alteração ou encerramento da conta, que impeça que o pagamento seja efetuado na data ajustada, será de





DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO

Nº 140 - Ano 09 segunda-feira, 05 de julho de 2021

Braço do Norte – Santa Catarina

responsabilidade exclusivamente da Requerida **SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA.**, exonerando, portanto, o Requerente **MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE** de qualquer prejuízo daí decorrente.

19 – Com o cumprimento integral do presente acordo, no prazo, forma e no *quantum* acima descritos, as partes, considerando os artigos 840, 841 e 849 do Código Civil, expressam total, geral, irrestrita, irrevogável e irretroatável quitação, pertinente ao cumprimento integral da presente ação e do cumprimento de sentença em apenso para nada mais poder postular, seja no presente ou futuramente, em juízo ou fora dele.

20 – Em homenagem ao acordo ora entabulado, sendo protocolado antes da sentença, requerem a dispensa ao pagamento de eventuais custas processuais remanescentes, com base no art. 90, §3º do CPC. Em havendo, no entanto, despesas a serem pagas, estas serão suportadas solidariamente entre as partes.

21 – Pugnando as partes pela suspensão da presente ação e do cumprimento de sentença em apenso, até que o acordo seja integralmente cumprido, sendo que, o cumprimento integral ou o descumprimento do pactuado será informado nos autos por quaisquer das partes, pugnando pelo prosseguimento dos feitos.

22 – Pelo exposto, as partes requerem se digne Vossa Excelência em acatar esta petição de acordo, homologando-o para que surta seus jurídicos e legais efeitos e, após o cumprimento integral do acordo, determinando a extinção do processo principal e do respectivo cumprimento de sentença em anexo, com fulcro no artigo 487, III, “b” do Código de Processo Civil, e a consequente baixa e arquivamento junto à distribuição.

Nesses termos,

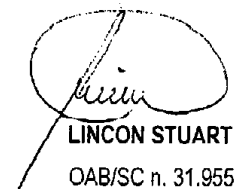
Pede deferimento.

Braço do Norte, 12 de maio de 2021.

MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE

Carlos Eduardo da Silva Concelção
OAB/SC n. 18.832

SANTA APOLÔNIA ODONTOMED LTDA


LINCON STUART
OAB/SC n. 31.955





DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO

Nº 140 - Ano 09 segunda-feira, 05 de julho de 2021

Braço do Norte – Santa Catarina



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS LIGIA HEIDEMANN SCHUEROFF

1- Identificação do paciente

Nome: _____

CPF: _____

Endereço Residencial _____

Telefone: _____ Cel: _____

2- Responsável pelo tratamento do paciente

Nome: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

3- VERIFICAÇÃO E EXAME CLINICO DO TRATAMENTO

Serviço realizado: _____

Paciente possui quantos pinos de implante? _____

Todos os pinos estão osseointegrados? _____

Foi realizado a confecção de Prótese Total tipo protocolo inferior? _____

A prótese instalada possui barra metálica? _____

A prótese instalada esta pressurizando tecidos da boca causando dor ao paciente? _____

A prótese instalada está confortável ao paciente e não está causando lesões bucais? _____





DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO

Nº 140 - Ano 09 segunda-feira, 05 de julho de 2021

Braço do Norte - Santa Catarina

A prótese instalada está bem adaptada sobre os implante? _____

A prótese instalada está dentro da oclusão do paciente? _____

A prótese instalada está esteticamente aceitável e com uma aparência natural?

A prótese está instalada de maneira fácil para o paciente poder realizar a higienização da mesma em casa?

Paciente está satisfeito com o tratamento realizado?

Paciente foi orientado pelo responsável técnico e está ciente que após a conclusão do seu tratamento, passados três meses, o paciente será retirado da lista de pendentes/inacabados e qualquer possível intervenção futura (a qual é recomendada manutenções periódicas) será de inteira responsabilidade do paciente?

Dessa forma ambas partes ficam cientes que se qualquer condição não prevista ocorrer após a instalação dos implantes e prótese a curto e a longo prazo será de responsabilidade do executante cabendo ao paciente a realização de manutenções periódicas.

ASSINATURA PACIENTE

Braço do Norte _____

