

## CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR VETERINÁRIA PARA O PLANO VITALIS COPARTICIPATIVO

Pelo presente instrumento particular de contrato, as partes:

### CONTRATANTE (TUTOR)

NOME: \_\_\_\_\_

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

TELEFONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIO: (PET) NOME:** \_\_\_\_\_ ( ) CÃO ( ) GATO

IDADE: \_\_\_\_\_ RAÇA: \_\_\_\_\_

**CONTRATADO: REINO ANIMAL VAL ME**, com **CNPJ 25.319.918/0001-29**, e sede na rua 02, quadra 15, lote 24, parque Rio Branco, município de VALPARAISO, estado de Goiás. As partes acima qualificadas têm justo e acordado a celebração do presente CONTRATO, que se regerá pelas cláusulas e condições abaixo estipuladas, mutuamente aceitas, desde já se obrigando ao bom e fiel cumprimento:

**CLAUSULA 1ª:** Todos os procedimentos listados na tabela inserida neste contrato terão **COBERTURA COPARTICIPATIVA DE 50%** (cinquenta por cento), desde que respeitados os períodos de carência e limites de uso de cada procedimento relacionado neste contrato.

**Parágrafo único:** Os animais pertencentes a este plano de saúde deverão ser, obrigatoriamente, microchipados por médico veterinário credenciado.

**CLAUSULA 2ª:** As partes declaram conhecer integralmente os procedimentos veterinários relacionados na tabela indicada abaixo para o **PLANO VITALIS COPARTICIPATIVO**, bem como suas coberturas PARCIAIS, carências, limites de uso e valor de mensalidade, conforme a seguir descritos neste contrato.

| PROCEDIMENTOS |                              | CARÊNCIAS | LIMITES DE USO ANO |
|---------------|------------------------------|-----------|--------------------|
| 1             | Consultas                    | 90        | 3                  |
| 2             | Teleconsulta                 | 60        | 3                  |
| 3             | Vacina Canina V10            | 90        | 1                  |
| 4             | Vacina Contra Raiva Defensor | 60        | 1                  |
| 5             | Vacina Felina V4             | 90        | 1                  |
| 6             | Vacina BRONCHGUARD           | 90        | 1                  |
| 7             | Vacina GIARDIAVAX            | 90        | 1                  |
| 8             | Vacina FELV                  | 90        | 1                  |
| 9             | Hemograma Completo           | 90        | 4                  |
| 10            | Glicemia                     | 90        | 1                  |
| 11            | Aferição de pressão          | 90        | 1                  |

|    |                             |     |   |
|----|-----------------------------|-----|---|
| 12 | Colesterol                  | 60  | 1 |
| 13 | Triglicerídeos              | 60  | 1 |
| 14 | Parasitológico de fezes     | 60  | 1 |
| 15 | Raspado de pele             | 60  | 1 |
| 16 | Check up 1                  | 90  | 1 |
| 17 | Cultura com Antibiograma    | 150 | 1 |
| 18 | Potássio                    | 90  | 1 |
| 19 | Cálcio Iônico               | 90  | 1 |
| 20 | Uréia                       | 60  | 1 |
| 21 | Perfil Bioquímico           | 150 | 1 |
| 22 | Aplicação de medicação oral | 60  | 4 |
| 23 | Teste Parvovirose           | 210 | 1 |
| 24 | Teste Cinomose ou Giárdia   | 210 | 1 |
| 25 | Perfil Pancreático          | 120 | 1 |
| 26 | Corte de Unhas              | 60  | 2 |
| 27 | Higiene Canal Auditivo      | 60  | 2 |
| 28 | Teste Fiv e Felv            | 240 | 1 |
| 29 | Radiografia                 | 270 | 1 |
| 30 | Ultrassonografia            | 270 | 1 |
| 31 | Sedação                     | 180 | 1 |
| 32 | Sutura Simples              | 330 | 1 |
| 33 | Sonda Uretral / Esofágica   | 240 | 1 |
| 34 | Diária de internamento      | 270 | 1 |

**CLÁUSULA 3ª:** Outros procedimentos não citados nesta tabela, poderão ser prestados, desde que haja disponibilidade do(s) serviço(s) na unidade hospitalar e seja realizado pelos médicos veterinários credenciados promovendo assim um benefício de desconto ao CONTRATANTE (TUTOR) de até 15% (quinze por cento).

**Parágrafo único:** Os valores a serem pagos pelos procedimentos fora da relação de coberturas relacionados na tabela acima, deverão ser repassados diretamente no ato da contratação do serviço na sede dos parceiros credenciados.

**CLÁUSULA 4ª:** O PLANO VITALIS COPARTICIPATIVO oferece, ainda, 3 (três) programas de benefícios aos clientes conforme descrito abaixo:

**Parágrafo Primeiro:** O programa INDICAÇÃO DE TUTOR, funciona exclusivamente para quem já é cliente do plano, esteja adimplente e que indica um novo cliente. Neste caso, quando acontece a adesão deste novo cliente (fechamento de contrato com o tutor indicado), o plano concede ao indicador, um voucher de 20% (vinte por cento) do valor da mensalidade do plano fechado, para ser usado pelo cliente indicador na compra de produtos ou serviços exclusivamente nos parceiros credenciados. O prazo de validade de uso deste voucher é de 365 dias.

**Parágrafo Segundo:** O CASH BACK é um programa que beneficia exclusivamente os clientes que mantêm suas mensalidades pagas rigorosamente na pontualidade e com permanência mínima de 12 (doze) meses de contrato. Para os que se enquadram nestas regras, 10% (dez por cento) dos valores das mensalidades pagas durante o período de 12 (doze) meses poderão ser resgatados através de voucher para compras de produtos ou serviços, exclusivamente nos parceiros credenciados.

**Parágrafo Terceiro:** O CLUBE DE VANTAGENS promove benefício de desconto de até 15% (quinze por cento) em todas as compras realizadas nos parceiros credenciados. O Benefício é válido exclusivamente para clientes adimplentes e, é indispensável a apresentação de carteirinha de identificação do plano.

**CLÁUSULA 5ª:** O presente contrato vigorará pelo prazo inicial de 12 (doze) meses a partir de sua assinatura e pagamento da 1ª parcela.

**Parágrafo único:** Não havendo manifestação das partes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o presente contrato fica renovado automaticamente por prazos iguais e sucessivos de 12 (doze) meses.

**CLÁUSULA 6ª :** A mensalidade deste plano será de R\$ \_\_\_\_\_

Data de vencimento \_\_\_\_\_

Forma de pagamento: (  ) Cartão de Crédito (  ) Boleto bancário (  ) Outra \_\_\_\_\_

Número do cartão de crédito \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

Campo para uso exclusivo para convênio com empresas

Desconto em folha de pagamento para convênios com empresas:

NOME DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DA MATRÍCULA DO COLABORADOR: \_\_\_\_\_

**Parágrafo primeiro:** Verificando-se a prorrogação automática do presente contrato e, desde que não haja modificação nos procedimentos e exames contratados, o valor da mensalidade será reajustado pelo índice de salário mínimo, ou outro índice que vier a substituí-lo, a cada 12 (doze) meses.

**Parágrafo segundo:** Caso a CONTRATANTE atrase o pagamento de qualquer parcela por um período superior a 60 (sessenta) dias, seu nome poderá ser incluído junto aos órgãos de proteção ao crédito (SPC e SERASA).

**CLÁUSULA 7ª:** Em casos de atrasos nas mensalidades superior as 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá suspender o atendimento até que haja a devida regularização.

**CLÁUSULA 8ª:** A rescisão contratual entre CONTRATANTE e CONTRATADA poderá ocorrer por qualquer uma das partes, a partir da permanência mínima de 12 (doze) meses, desde que ocorra a correspondente comunicação por escrito com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência.

**Parágrafo único:** Em caso de rescisão contratual sem o cumprimento mínimo de vigência contratual, o CONTRATANTE arcará com multa de 50% (cinquenta por cento) referente ao valor total das parcelas remanescentes.

**CLÁUSULA 9ª:** CONTRATADA e CONTRATANTE elegem o foro da Comarca de **VALPARAÍSO**, Estado do **GOIÁS**, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas de interpretação e aplicação deste contrato, bem como para execução.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias, de igual teor e forma, obrigando-se a cumprir o que nele está avençado, na presença de 2 (duas) testemunhas, que abaixo também subscrevem.

VALPARAÍSO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

NOME:

RG:

CONTRATADA: \_\_\_\_\_

**REINO ANIMAL VAL ME**  
**CNPJ 25.319.918/0001-29**

TESTEMUNHA 1: \_\_\_\_\_

NOME:

RG:

TESTEMUNHA 2: \_\_\_\_\_

NOME:

RG: