

# CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR VETERINÁRIA PARA O PLANO PROTEÇÃO PLUS



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:** WnVet Centro Veterinário, com CNPJ 10.802.777/0001-23, e sede na Rua Henrique Torres 240 – Jardim Santa Lúcia, município de Campinas, estado de São Paulo. 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 INTEGRAL, desde que respeitados os períodos de carência e limites de uso de cada procedimento relacionado neste contrato.

**Parágrafo Único:** Os animais vinculados a este plano de saúde deverão ser microchipados por médico-veterinário credenciado. A carência inicia-se na data da contratação do plano. A microchipagem poderá ser substituída, a critério do contratante, pela identificação fotográfica do pet.

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

|    | PROCEDIMENTOS   | CARÊNCIAS | LIMITES DE USO ANO |
|----|---|-----------|--------------------|
| 1  | Consultas   | 60        | 2                  |
| 2  | Consulta Carência Reduzida  | 30        | 1                  |
| 3  | Teleconsulta / Teletriagem / Teleorientação / Telemonitoramento / Telediagnóstico | 30        | 3                  |
| 4  | Vacina Canina V10   | 90        | 1                  |
| 5  | Vacina Contra Raiva   | 90        | 1                  |
| 6  | Vacina Felina V4  | 90        | 1                  |
| 7  | Vermífugo Oral (Consultório)  | 30        | 2                  |
| 8  | Perfil Geral Básico ( HEM, UREIA, CREATININA, AST, ALT, FA).                      | 120       | 1                  |
| 9  | Perfil 1: Hemograma + Creatinina + ALT  | 90        | 1                  |
| 10 | Perfil 2: Hemograma + Ureia + Creatinina + ALT + FA                               | 120       | 1                  |
| 11 | Perfil Eletrolítico: Cálcio ionizado + Cloreto + Sódio + Potássio                 | 150       | 1                  |
| 12 | Raspado de pele   | 90        | 1                  |
| 13 | Cultura Bacteriana + Antibiograma   | 150       | 1                  |
| 14 | Raio X  | 150       | 1                  |
| 15 | Ultrassom Abdominal   | 150       | 1                  |
| 16 | Teste Rápido Parvovirose, Cinomose ou FIV ou Felv                                 | 120       | 2                  |
| 17 | Internação (Cão ou Gato)  | 180       | 1                  |
| 18 | Cirurgias tecidos moles   | 150       | COPARTICIPAÇÃO 40% |
| 19 | Cirurgias Ortopédicas   | 150       | COPARTICIPAÇÃO 30% |

**CLAUSULA 3º:** 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).

**CLÁUSULA 4ª:** O PLANO PROTEÇÃO PLUS 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 Primeiro:** 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.

**Parágrafo Segundo:** Em casos de emergência, o atendimento deverá ser realizado exclusivamente dentro do horário de funcionamento da Clínica.

**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 Primeiro:** 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.

**Parágrafo Segundo:** A CONTRATADA poderá rescindir o presente contrato, de pleno direito e mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses: utilização indevida do plano; tentativa de obtenção de vantagens irregulares, incluindo o uso de serviços não contratados, compartilhamento do plano com outro animal ou omissão de informações relevantes; fornecimento de informações falsas; bem como inadimplência superior a 60 (sessenta) dias.

**CLÁUSULA 9ª:** CONTRATADA e CONTRATANTE elegem o foro da Comarca de CAMPINAS, Estado de SÃO PAULO, 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.

CAMPINAS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

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

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

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

WnVet Centro Veterinário

CNPJ: 10.802.777/0001-23

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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