

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR VETERINÁRIA PARA PLANO VIP

Pelo presente instrumento particular de contrato, as partes:

CONTRATANTE (TUTOR):

NOME:

RG:

CPF:

TELEFONE FIXO:

CELULAR:

E-MAIL:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

ESTADO:

BENEFICIÁRIO (PET)

NOME:

CÃO

GATO

IDADE:

RAÇA:

CONTRATADO: VETS PLANO DE SAÚDE LTDA., com **CNPJ 56.145.602/0001-91** e sede na Av. Senador Montandon 999, loja 06, Centro, município de Araxá, estado de Minas Gerais.

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 pertencentes a este plano de saúde deverão ser, obrigatoriamente, microchipados por médico veterinário.

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

PROCEDIMENTO	CARÊNCIA	LIMITE DE USO ANO
Consultas	60	10
Vacina V10 canina - prima dose	60	1
Vacina V10 canina - reforço 1	82	1
Vacina V10 canina - reforço 2	103	1
Vacina V10 canina - adulto anual	60	1
Antirrábica	60	1
Vacina V4 felina - prima dose	60	1

Vacina V4 felina - reforço 1	82	1
Vacina V4 felina - reforço 2	103	1
Vacina V4 felina - adulto anual	60	1
Vacina Giárdia - prima dose	60	1
Vacina Giárdia - reforço 1	112	1
Vacina Giárdia - reforço 2	134	1
Vacina Giárdia - adulto anual	60	1
Hemograma	60	10
Glicemia	60	10
Coproparasitológico (parasitológico de fezes)	60	10
Urina	60	10
Amilase	60	10
Cálcio	60	10
Colesterol	60	10
Creatinina	60	10
Ferro	60	10
Fosfatase alcalina	60	10
Fósforo	60	10
Ureia	60	10
TGP (ALT)	60	10
TGO (AST)	60	10
Triglicérides	60	10
Cultura + Antibiograma	60	5
Otohematoma	120	1
Exerese de nódulos simples	150	1
Exerese de Tumor + reconstrutiva	150	1
Prolapso Globo Ocular	150	1
Enucleação Globo Ocular -	180	1
Entrópio	180	1
Esofagostomia cervical	180	1
Esofagostomia Torácica	180	1
Tala	90	4
Amputação de Membro	180	1
Ovariosalpingohisterectomia -	180	1
Orquiectomia -	180	1
Piometra	240	1
Cesariana (com ou sem castração)	180	1
Hérnia umbilical	210	1
Hernia Diafragmática	300	1
Hérnia Inguinal	210	1
Hernia Inguinal Bilateral	300	1
Hérnia Perineal	240	1
Hernia Traumática	210	1
Aplicações de injeções	60	10
Curativo simples	60	10
Curativo Complexo	60	5
Bandagem simples	60	4
Coleta de material	60	10
Coleta (biópsia)	60	4
Sonda Esofágica	60	1
Sonda nasogástrica	90	4
Sonda tom cat c/ fio guia	90	2
Sutura	120	4
Sutura de Pele	150	4
Sutura Reconstrutiva	150	2
Anestesia	180	4
Sedação	180	4
Diárias internamento	120	10
Citologia	120	1
Radiografia	90	5
Ultrassonografia	90	4
Eletrocardiograma	90	3
Cultura + Antibiograma	60	6
Banho e Tosa	180	6
Creche / hotel	180	6
Cremação até 15kg	360	1
Tomografia	360	1
Lavagem de bexiga com ozônio	120	1
Raspado de pele p/pesquisa direta de ectoparasitos	60	6
Eutanásia	210	1
Extração dentária	180	3
Tartarectomia + sedação	180	3
Transusão de sangue	180	3
Oxigênio / hora	180	3
Quimioterapia com Vincristina	360	3
Ozonioterapia	210	4

CLAUSULA 3º: Outros procedimentos não citados nesta tabela, poderão ser prestados, desde que haja disponibilidade do(s) serviço(s) na unidade hospitalar credenciada, 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 do prestador de serviço.

CLÁUSULA 4ª: O PLANO DE SAÚDE, 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 o 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 primeira mensalidade do plano fechado, para ser usado pelo cliente indicador na compra de produtos ou serviços exclusivamente em 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 mantém 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, em parceiros credenciados.

Parágrafo Terceiro: O **CLUBE DE VANTAGENS** promove benefício de desconto de até 15% (quinze por cento) em todas as compras realizadas em 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 1º 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.

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

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.

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.

CONTRATADA: _____
VETS PLANO DE SAÚDE LTDA.
CNPJ 56.145.602/0001-91

CONTRATANTE: _____
NOME
CPF

Testemunha 1: _____
Nome: _____
RG: _____

Testemunha 2: _____
Nome: _____
RG: _____