



Cartão Saúde Prevenção

Rua João Vagnotti, 352, Centro, CEP 08570-220, Itaquaquecetuba - SP

Cnpj/Cpf: 23.217.373/0001-14 -

INSTRUMENTO PARTICULAR DO CONTRATO DE ADESÃO AO CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO

O presente Instrumento Particular define os termos e as condições gerais aplicáveis ao seu contrato referente ao **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**. É importante realizar uma leitura atenta com o objetivo de esclarecer todas as dúvidas antes de solicitar e utilizar nossos serviços. A adesão ocorrerá no momento em que o primeiro pagamento for efetuado junto à assinatura do contrato que concordará com todas as informações aqui estabelecidas.

EM CASO DE DÚVIDAS CONTATE NOSSA CENTRAL DE ATENDIMENTO:

(11) 4730-0576 / (11) 93505-4410

OU ACESSE NOSSO SITE:

WWW.CARTOSAÚDEPREVENÇÃO.COM.BR

Pelo presente objeto definiremos o Contrato de Adesão e outras Avenças, que entre si fazem, de um lado: A CONTRATADA: **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**, CNPJ: **23.217.373/0001-14**. Sede na Rua João Vagnotti, Nº 352. Centro, Itaquaquecetuba, SP. Do outro lado, a (o) **CONTRATANTE**:

NOME: _____
CPF: _____ D.N.: _____
RG: _____
ENDEREÇO: _____
CONTATOS: _____
E-MAIL: _____

Pessoa física aderente indicada acima como detentor do programa de descontos existente no **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**. Doravante denominados **BENEFICIÁRIO TITULAR** e **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, estabelecem as

seguintes cláusulas e condições para a utilização dos benefícios a serem prestados e administrados pela **CONTRATADA**:

1- O CARTÃO DE BENEFÍCIO: SAÚDE PREVENÇÃO

1.1. O **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** é um instrumento físico, através do qual será concedido ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seus **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** descontos e benefícios, exclusivamente na Rede Referenciada da **CONTRATADA**, de acordo com os termos e condições aplicáveis a esse contrato.

Os descontos e benefícios oferecidos serão definidos pela rede e divulgados através do site, relacionados a produtos, prestações de serviços e procedimentos (convênios com empresas de prestação de serviços nas áreas de saúde, educação, lazer, produtos e diversas prestações de serviços. **NÃO SE TRATA DE MODALIDADE DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, mas de serviço de operacionalização de descontos e benefícios pela **CONTRATADA** aos consumidores aderentes através das redes conveniadas. **A CONTRATADA NÃO GARANTE E NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS SERVIÇOS OFERECIDOS** (qualidade técnica e profissional) **E PELO PAGAMENTO DAS RESPECTIVAS DESPESAS, ASSEGURAMOS APENAS OS DESCONTOS.**

1.2. O **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** é um cartão de descontos. Não oferecemos cobertura de assistência à saúde, mas disponibilizamos a concessão de descontos nos pagamentos efetuados diretamente pelo consumidor aos prestadores de serviços credenciados a **CONTRATADA**.

2- FORMAS

2.1. A adesão ao **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**, será sempre efetivada pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, por meio de assinatura de próprio punho, assinatura digital ou aceite via site.

3- OBJETO

3.1. Através do presente instrumento o **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**, na função de administradora de produtos e serviços vinculados aos seus **CARTÕES DE BENEFÍCIOS**, fornecerá ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** e/ou seu (s) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)**, expressamente indicado no ato da adesão, o direito de usar sua Rede Referenciada de profissionais e instituições, para usufruir dos descontos e/ou benefícios relacionados na cláusula 1.1. deste contrato, mediante pagamento do valor contratual fixado, individual ou coletivamente, no momento de adesão ao respectivo cartão, que será reajustado nos termos adiante pactuados.

3.2. Obedecidas às normas de atendimento adiante fixadas, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e/ou seu (s) **BENEFICIÁRIO (S) DEPENDENTE (S)** poderão se beneficiar dos benefícios e/ou descontos incidentes sobre os respectivos valores dos serviços, tudo de acordo com os termos e condições previstos neste instrumento.

4- CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO

4.1. Ao adquirir o **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou seu (s) **BENEFICIÁRIO (S) DEPENDENTE (S)** poderão se beneficiar, de acordo com os termos e condições previstas neste instrumento.

4.2. Os descontos e benefícios mencionados nas cláusulas acima estão melhores descritos nas cláusulas seguintes, sendo que nestas últimas estão previstos os termos e condições para utilização dos mesmos pelo (s) respectivo (s) beneficiário (s).

5- DESCONTOS EM MEDICAMENTOS

5.1. Apresentando seu cartão pessoal **SAÚDE PREVENÇÃO** em uma de nossas farmácias conveniadas, juntamente com um documento de identidade, o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** poderá obter descontos de sobre o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) em uma ampla lista de medicamentos. Estes descontos estão disponíveis em nossa rede referenciada.

6- CONSULTAS MÉDICAS COM DESCONTOS

6.1. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** e/ou seu (s) **BENEFICIÁRIO (S) DEPENDENTE (S)** terá (ão) direito de realizar consulta (s) médica (s) em diversas especialidades, pagando por cada consulta preços exclusivos para os **BENEFICIÁRIOS** dos cartões **SAÚDE PREVENÇÃO**. O direito de realizar tais consultas médicas é individual e intransferível.

6.2. Para utilização deste benefício, o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** deverá entrar em contato com o Serviço de Agendamento das clínicas conveniadas solicitando o agendamento da consulta médica na especialidade desejada. O agendamento será efetuado de acordo com a disponibilidade apresentadas através dos cronogramas.

6.3. Para realização da consulta será necessário a apresentação do cartão **SAÚDE PREVENÇÃO** pessoal, além de documento de identidade que contenha fotografia.

6.4. A cada nova consulta médica que entender necessária, deverá o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)**, proceder de acordo com o pactuado na cláusula.

6.5. Ficam o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** devidamente cientificado de que, a falta injustificada ou sem comunicação prévia, de pelo menos 24 (vinte e quatro) horas, à (s) consulta (s) médicas, acarretará a si ou seus dependentes a imposição de multa no valor correspondente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por consulta médica. Referida multa deverá ser previamente paga, caso contrário não será permitida a solicitação de novo agendamento de consulta médica.

6.6. Caso o **BENEFICIÁRIO** desista de realizar a consulta solicitada, deverá arcar com o pagamento da quantia correspondente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), a título de ressarcimento de despesas.

6.7. O reagendamento da consulta médica será permitido desde que solicitado com antecedência mínima de pelo menos 24 (vinte e quatro horas) da data de realização da consulta. Serão permitidos, sem qualquer custo adicional para o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)**, até 02 (dois) reagendamentos para a mesma consulta, os demais reagendamentos terão custo unitário de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) e deverão ser previamente pagos para possibilitar a marcação da nova consulta.

7- EXAMES MÉDICOS E LABORATORIAIS

7.1. O **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)**, de posse do respectivo **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**, terá ainda o direito de realizar os exames clínicos laboratoriais disponibilizados pelos laboratórios referenciados pela **CONTRATADA**, pagando, no ato da realização dos mesmos, o(s) valor(es) do (s) exame(s) com desconto(s), de acordo com a tabela negociada pelo **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** junto a cada laboratório ou clínica.

8- CONSULTAS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

8.1. O **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** de posse do respectivo **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** terá direito de realizar as consultas e procedimentos odontológicos **ESPECIFICAMENTE RELACIONADOS NA TABELA DE SERVIÇOS DISPONIBILIZADA PARA A INSTITUIÇÃO CONVENIADA AO CARTÃO** referente aos descontos sobre os valores referenciais vigentes indicados e os serviços oferecidos.

8.2. Para utilizar este benefício, o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** deverá entrar em contato com o Serviço de Agendamento da rede referenciada da **CONTRATADA**, a fim de solicitar o agendamento de sua consulta odontológica.

Pagando por cada consulta ou tratamento odontológico preços exclusivos para os **BENEFICIÁRIOS**. O direito de realizar tais consultas odontológicas é individual e intransferível.

8.3. Para realização das consultas será necessária a apresentação do **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** pessoal, além de documento de identidade que contenha fotografia.

8.4. A cada nova consulta ou tratamento odontológico que julgar necessário, deverá o **BENEFICIÁRIO** proceder de acordo com o pactuado na cláusula 11.2supra.

8.5. Fica o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** devidamente cientificado de que a falta injustificada ou sem comunicação prévia, de pelo menos 24 (vinte e quatro) horas, a (s) consulta (s) odontológicas, acarretará a si ou seus dependentes a imposição de multa, a título de ressarcimento de despesas, no valor correspondente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por consulta. Referida multa deverá ser paga previamente, caso contrário não será permitida.

8.6. O reagendamento da consulta odontológica será permitido desde que solicitado com antecedência mínima de pelo menos 24 (vinte e quatro horas) da data de realização da consulta. Serão permitidos, sem qualquer custo adicional para o **BENEFICIÁRIO**, até 02 (dois) reagendamentos para a mesma consulta odontológica, os demais reagendamentos terão custo unitário de R\$25,00 (vinte e cinco reais) e deverão ser previamente pagos para possibilitar a marcação da nova consulta.

9- EXCLUSÕES DESTE CONTRATO

9.1. O BENEFICIÁRIO TITULAR declara que têm pleno e inequívoco conhecimento que estão expressa e taxativamente excluídos deste contrato, para todos os fins e efeitos:

- a) Todos e quaisquer tratamentos ou consultas que requeiram internação hospitalar ou atendimento domiciliar;
- b) Todos e quaisquer procedimentos ilícitos ou antiéticos, sob o aspecto médico, odontológico ou laboratorial e ainda os não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- c) Todas e quaisquer compras, tratamentos ou consultas que sejam realizadas em farmácias, consultórios médicos ou clínicas odontológicas e laboratoriais não referenciadas pelo CARTÃO SAÚDEPREVENÇÃO;
- d) Todos os procedimentos médicos e odontológicos que incluam próteses ou envolvam implantes;
- e) Exodontia (extração) de dentes retidos e ou impactados;
- f) Qualquer atendimento em Prontos Socorros Médicos ou Odontológicos e;
- g) Quaisquer outros procedimentos laboratoriais, médicos ou odontológicos não insertos ou expressamente descritos neste contrato.

10- FORMAS DE PAGAMENTO

10.1. Para ter acesso aos benefícios do **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** concorda em efetuar o pagamento da taxa de manutenção mensal, conforme os valores vigentes na data de adesão. Referidos pagamentos poderão ser realizados através de cartões de débito ou crédito e boletos bancários disponibilizados pela **CONTRATADA**.

10.2. O pagamento dos cartões **SAÚDE PREVENÇÃO** poderão ser efetuados à vista ou em até 12 (doze) parcelas mensais, iguais e consecutivas tendo renovação automática.

11- VIGÊNCIA

11.1. Este contrato tem prazo de vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data do efetivo recebimento do seu primeiro pagamento ou do pagamento único.

11.2. Este contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, após o período inicial de vigência, salvo manifestação em ter de ser formulada presencialmente em nosso ponto de venda localizado na **Rua João Vagnotti, 352. Centro – Itaquaquetuba/SP**.

11.3. A cada renovação, passa a ser aplicável o INSTRUMENTO PARTICULAR DO CONTRATO DE ADESÃO AO CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO que estiver vigente na data respectiva, e que poderá ser consultado através de nossos contatos. Se o BENEFICIÁRIO TITULAR não desejar a renovação ao final de qualquer período, poderá cancelar o contrato conforme as regras deste instrumento.

11.4. O início da utilização dos benefícios dos cartões se dará a partir da confirmação do primeiro pagamento. O desligamento do **CONTRATO** será feito por escrito, mediante apresentação de destrato na sede do **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** que receberá o requerimento e fará o descredenciamento da **CONTRATANTE**, devendo estar quite com as mensalidades no ato e pagará uma taxa de **R\$50,00**. Após um ano de contrato a multa é isenta para o cancelamento do contrato.

11.5. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** é o único (a) responsável contratual perante a **CONTRATADA**, responsabilizando-se civil e criminalmente pelos pagamentos e informações prestadas, inclusive aos referentes aos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** indicados.

12- REAJUSTES, ATRASOS NOS PAGAMENTOS E SUSPENSÃO

12.1. O valor do **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** é o estipulado na data de celebração da Proposta de Adesão e, será reajustado anualmente, de acordo com a variação percentual do Índice Geral de Preços – Mercado – IGPM/FGV, verificada no período de 12 (doze) meses, contado a partir da data de início de

vigência contratual ou, na vigência por prazo indeterminado, do último aniversário do contrato. Na falta do referido índice, o reajuste será calculado de acordo com outro índice aprovado por Órgão Governamental, que exprima a inflação e/ou oscilação dos custos no período.

12.2. Havendo impontualidade no pagamento de qualquer importância devida à vista ou parcelada deste contrato os juros serão de 10% ao mês e 0,50 (Cinquenta Centavos) ao dia. Sobre o débito atualizado, reconhecendo o **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** à dívida como líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo proceder sua cobrança judicialmente, sem prejuízo das demais sanções previstas neste instrumento.

12.3. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** desde logo fica ciente que a empresa **CONTRATADA** possui convênio com a SERASA e o SPC, sendo que o atraso dos pagamentos devidos e/ou encargos contratuais confere o direito à **CONTRATADA** de efetuar o registro do **BENEFICIÁRIO TITULAR** em tais cadastros, até em razão do exercício legal de seu direito, sendo certo que a obrigação de notificação prévia de tal inclusão é dos bancos de dados mencionados, conforme previsto em lei.

12.4. A **CONTRATADA** terá o direito de suspender, unilateralmente, todos os benefícios concedidos ao **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU SEU DEPENDENTE)** pelo presente contrato caso ocorra inadimplência da mensalidade a partir de 01 (um) dia de atraso das parcelas mensais do respectivo cartão. A reativação dos serviços ocorrerá após confirmação do pagamento de todas as parcelas em atraso.

12.5. Esse contrato tem renovação automática após 12 meses e ficará pendente novamente o valor anual podendo o **CONTRATANTE** definir novamente a forma de pagamento de acordo com as opções expostas em **DADOS DO CONTRATO**.

13- EXTINÇÕES DESTE CONTRATO

13.1 O **BENEFICIÁRIO TITULAR** que rescindir unilateralmente o presente contrato antes de expirado o prazo mínimo de permanência, que é de 12 (doze) meses, pagará multa rescisória de R\$50,00 (cinquenta reais), sem direito a devolução das quantias já pagas, tendo em vista os inúmeros benefícios que foram colocados à disposição do **CONTRATANTE**, bem como os custos oriundos dos mesmos.

13.2. Em ocorrendo o pedido de extinção do contrato pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, antes de vencido o período contratado, deverá esse regularizar toda e qualquer pendência financeira relativa as mensalidades (s), multas, juros pelo atraso dos pagamentos e despesas de cobrança, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a notificação, momento em que também deverá entregar o (s) cartão (ões) **SAÚDE PREVENÇÃO** que estiverem sob sua responsabilidade.

13.3. Caso os pagamentos devidos em razão deste contrato não sejam efetuados pelo período de até 90 (noventa) dias, o presente contrato ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações desde então, não cabendo qualquer restituição de quaisquer valores anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

14- DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. O (s) cartão(s) pessoal (is) **SAÚDE PREVENÇÃO** do(s) **BENEFICIÁRIO(s)**, na respectiva modalidade, será (ão) retirados em nossa sede, fornecido ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, após o pagamento total do valor pactuado ou, em caso de parcelamento, da primeira parcela convencionada. Tendo o valor de R\$5,00 (cinco reais) cada cartão **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**.

14.2. A guarda e uso do (s) cartão (ões) de descontos é responsabilidade única do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, que deverá utilizá-lo e conservá-lo para que somente quem figure como titular ou dependente do cartão **SAÚDE PREVENÇÃO** possa usufruir dos benefícios do mesmo. Em caso de mau uso ou empréstimo do cartão fornecido pela **CONTRATADA**, poderá o **BENEFICIÁRIO TITULAR** ser civil e penalmente responsabilizado. Em caso de extravio ou roubo do cartão o **BENEFICIÁRIO** deverá avisar a **CONTRATADA**.

imediatamente, e por escrito, bem como solicitar novo cartão, que terá um custo adicional de R\$10,00 (dez reais).

14.3. Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, o contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, independentemente de qualquer formalidade, notificação judicial ou extrajudicial, se o **BENEFICIÁRIO TITULAR** omitiu quaisquer informações sua ou a de seu (s) dependente (s), no intuito de obter vantagens e benefícios indevidos ou praticarem infrações ou fraudes de qualquer natureza

14.4. Os pagamentos decorrentes do presente instrumento deverão ser realizados através dos meios já descritos, sendo que ninguém está autorizado, sob qualquer pretexto ou hipótese, a receber os valores contratados, eximindo-se desde já a **CONTRATADA** de qualquer responsabilidade pelos pagamentos efetuados a terceiros, ainda que representantes prepostos ou credenciados. Os pagamentos das mensalidades deverão ocorrer através de boletos bancários cartões de crédito e débito obrigatoriamente. Os pagamentos dos serviços solicitados são de total responsabilidade das empresas conveniadas à rede do **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO**.

14.5. O pagamento dos valores de um determinado mês, não implicará em quitação dos valores dos meses anteriores, permanecendo a suspensão de utilização dos benefícios no caso de impontualidade dos pagamentos devidos.

14.6. O **CARTÃO SAÚDE PREVENÇÃO** não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja expressamente prevista neste contrato, exceto se previamente acordados entre as partes por instrumento escrito.

14.7. Os direitos dos **BENEFICIÁRIOS**, relativos ao presente contrato, não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados.

14.8. Em ocorrendo a extinção deste contrato ou a sua não renovação, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** assume a obrigação de proceder à devolução dos Cartões de Identificação fornecidos pela **CONTRATADA**, responsabilizando-se pelo uso indevido do (s) mesmo (s).

14.9. Quaisquer alterações, introduzindo ou modificando as cláusulas deste Contrato, serão disponibilizadas aos **BENEFICIÁRIOS TITULARES** através do site da **CONTRATADA**.

15- FORO

15.1. As partes desde já elegem o Foro Central da Comarca de Itaquaquetuba, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir as questões decorrentes deste instrumento. E assim, por estarem justos e contratados, declara o **BENEFICIÁRIO TITULAR** que leu, compreendeu e concordou com todo o conteúdo do presente instrumento, responsabilizando-se por todos os dados informados.

16- PLANO BRONZE, PRATA E OURO

16.1. Os **BENEFICIÁRIOS TITULARES** que solicitarem a adesão do **PLANO PRATA**, poderão acessar as plataformas digitais e usufruírem de todo o conteúdo disponível.

16.2. As plataformas disponibilizadas serão: Paramount+; Noggin; Cartoon Network e; Ei Plus (Esporte Interativo).

16.3. Os serviços de plataforma digitais citados acima serão disponibilizados apenas no **PLANO PRATA**.

16.4. O login e senha serão disponibilizados após a adesão e cadastro do contrato em nossos sistemas. Sendo de inteira responsabilidade do **BENEFICIÁRIO TITULAR** a utilização de forma honesta.

16.5. O acesso a rede credenciada no **PLANO BRONZE** será bloqueado em caso de inadimplência.

17- REDE CREDENCIADA

17.1. A **REDE CREDENCIADA** disponibilizada pelo aplicativo "MasterClin" será gratuito apenas para o **BENEFICIÁRIO TITULAR**. Caso os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** desejem realizar o login para acessarem os descontos, será cobrado o valor de R\$5,00 mensais para manter o acesso.

18- PACOTES**() PLANO BRONZE – R\$27,99/mensal**

Prestação de Serviços: Acupuntura, Consulta Médicas, Dentista, Estética, Exames Laboratoriais, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hidroterapia, Podologia, Psicologia, Exames Cardiológicos, Exames USG, Exames de Imagem, Auxílio Funeral para o titular

Valor anual: R\$335,88 / Pagamento em cartão de crédito até 12x e no boleto

QUANTIDADE DE PARCELAS (caso seja no cartão de crédito): ____

DATA DO VENCIMENTO (caso seja boleto) para o dia 10 [] ou 30 []

VALOR Á VISTA: _____

() PLANO BRONZE PLUS – R\$37,99/mensal

Prestação de Serviços: - Acupuntura, Consultas Médicas, Dentista, Estética, Exames Laboratoriais, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hidroterapia, Podologia, Psicologia, Exames Cardiológicos, Exames USG, Exames de Imagem, 1 APP de entretenimento, Auxílio Funeral para o Titular

Valor anual: R\$455,88 / Pagamento em cartão de crédito até 12x e no boleto

QUANTIDADE DE PARCELAS (caso seja no cartão de crédito): ____

DATA DO VENCIMENTO (caso seja boleto) para o dia 10 [] ou 30 []

VALOR Á VISTA: _____

Prestação de Serviços: Acupuntura, Consulta Médicas, Dentista, Estética, Exames Laboratoriais, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hidroterapia, Podologia, Psicologia, Exames Cardiológicos, Exames USG, Exames de Imagem, Telemedicina 24 hrs para titular, Auxílio Funeral para titular, 4 APP Entretenimento

Entretenimento: Paramount +; Noggin; Cartoon Network e; Ei Plus (Esporte Interativo), podendo escolher até 4 aplicativos.

Valor anual: R\$719,88/ Pagamento apenas em cartão de crédito em até 12x

QUANTIDADE DE PARCELAS: _____

VALOR Á VISTA: _____

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente contrato em 2 (duas) vias de igual teor e para um só fim e efeito.

**Cartão Saúde Prevenção**

Rua João Vagnotti, 352, Centro, CEP 08570-220, Itaquaquecetuba - SP

Cnpj/Cpf: 23.217.373/0001-14 -

CONTRATANTE_____
CONTRATADA

Vendedor: _____ RG: _____

Itaquaquecetuba, _____ de _____ de 2021.

19- BENEFICIÁRIOS

NOME COMPLETO	DATA DE NASC.	PARENTESCO

20- ADICIONAIS

NOME COMPLETO	DATA DE NASC.	PARENTESCO