



CONTRATO DE ADESÃO A SERVIÇOS DE TELEMEDICINA

Pelo presente instrumento, de um lado, **ODONTOMÉDICA VILA VELHA LTDA (VILA MEDIC)**, inscrita no CNPJ nº 07.817.978/0001-90, com sede na Av. Champagnat, nº 1.033, Bairro Centro, Vila Velha-ES, CEP nº 19.100-011, doravante denominada **CONTRATADA**, e, de outro lado, o beneficiário do programa **SAÚDE MELHOR**, doravante denominado **CONTRATANTE**, ajustam e celebram o presente contrato de adesão aos serviços de telemedicina, nos termos das Lei 14.510/2022 e da Resolução CFM 2.314/2022, além das normas suplementares ao negócio jurídico em contratação, conforme as seguintes condições gerais:

1. OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a disponibilização de consultas médicas, incluindo telepsicologia para cuidado emocional (até 36 consultas por ano), e serviços de telemedicina por meio de plataforma digital exclusiva da **CONTRATADA**, garantindo ao **CONTRATANTE** acesso a profissionais qualificados e credenciados na forma da legislação vigente.

1.2. A prestação dos serviços será realizada exclusivamente de forma remota, via internet, conforme agenda disponibilizada pela **CONTRATADA**.

1.3. O rol das especialidades médicas do programa **SAÚDE MELHOR** constarão em endereço eletrônico próprio e ou na plataforma da **CONTRATADA**. Sua alteração, para mais ou para menos, é de responsabilidade e liberalidade da **CONTRATADA**, cabendo ao **CONTRATANTE** manter-se atualizado nos sistemas digitais do programa para fins de acompanhamento.

1.4. O gozo do programa depende da fluidez da plataforma, conexão de internet e dispositivos eletrônicos atualizados, compatíveis com a era digital.

2. PLANOS DISPONÍVEIS E VALORES

2.1. O **CONTRATANTE** poderá optar pelos seguintes planos:

- **Plano Individual:** R\$ 22,90/mês (para um único titular);
- **Plano Familiar:** R\$ 42,90/mês (titular + até 3 dependentes);
- **Plano Empresarial:** Condições sob consulta, de acordo com a quantidade de beneficiários.

3. DURAÇÃO E PAGAMENTO

3.1. O prazo mínimo de adesão é de **12 meses** contados a partir da data de assinatura, sendo obrigatório o pagamento integral do período contratado, à vista ou em parcelas mensais, à conformidade com as possibilidades do **CONTRATANTE**.

3.2. O **CONTRATANTE** declara estar ciente de que **a desistência antes do prazo mínimo de adesão não gera direito à devolução de valores pagos nem ao cancelamento das parcelas vincendas**, por se tratarem de valores de adesão ao programa.

4. AGENDAMENTO DAS CONSULTAS

4.1. As consultas serão agendadas de acordo com a disponibilidade da agenda do programa da **CONTRATADA** e a especialidade escolhida pelo **CONTRATANTE**.

4.2. O **CONTRATANTE** deverá comparecer pontualmente ao atendimento virtual, sendo permitida a remarcação com antecedência mínima de **24 horas**.

4.3. Caso ocorra o atraso do **CONTRATANTE** por mais de 15 (quinze) minutos do horário marcado, haverá o cancelamento da consulta e a remarcação deverá ocorrer em conformidade com a agenda disponível, no rito ordinário.

4.4. Caso o **CONTRATANTE** dê causa a 03 (três) cancelamentos sucessivos em consultas, comprometendo a agenda do profissional médico, aquele ficará impedido por 30 (trinta) dias em marcar novas consultas, ainda que em benefício de seus dependentes. Portanto, o cumprimento do agendamento solicitado é fundamental.

5. RESPONSABILIDADES E LIMITAÇÕES

5.1. A **CONTRATADA** não se responsabiliza por interrupções de acesso decorrentes de problemas técnicos alheios à sua plataforma, tais como falhas na conexão de internet do **CONTRATANTE**.

5.2. Os serviços prestados por meio da plataforma seguem rigorosamente as normas éticas e legais, sobretudo aquelas inerentes ao exercício profissional, emitidas pelo Conselho Federal dos Médicos, que privilegia o padrão ouro do atendimento, o presencial.

5.3. O padrão ouro de atendimento e cuidado com a saúde é o presencial, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM). Nestes termos, presume-se que **CONTRATANTE** detém total discernimento quanto às limitações naturais do atendimento remoto, sendo o tele atendimento recomendável em situações

ordinárias e para tratamentos onde o grau de emergência não exijam contato físico.

5.4. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** a atualização constante do quadro das especialidades médicas disponíveis no programa e franqueá-las ao **CONTRATANTE**.

6. DEPENDENTES

6.1. O **CONTRATANTE** deverá indicar, no ato da adesão ou em até **7 (sete) dias**, os dependentes que farão parte do plano, respeitando o limite máximo estabelecido para o plano contratado.

6.2. Os dependentes indicados não poderão ser substituídos livremente ao longo da vigência do contrato, salvo nos casos de falecimento, hipótese em que será permitida a inclusão de um novo dependente mediante apresentação da documentação comprobatória.

7. RESCISÃO CONTRATUAL

7.1. O **CONTRATANTE** poderá solicitar o cancelamento do contrato a qualquer momento, porém, **permanecerá obrigado ao pagamento das parcelas vincendas até completar os 12 meses contratados**.

7.2. Caso a **CONTRATADA** decida encerrar unilateralmente o serviço, restituirá ao **CONTRATANTE** apenas os valores eventualmente pagos de forma antecipada, correspondentes ao período ainda não usufruído, respeitado o disposto no item 7.1 quanto ao período de adesão.

8. FORO

8.1. Para dirimir quaisquer controvérsias relativas ao presente contrato, as partes elegem o foro da cidade de **Vila Velha/ES**, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento digitalmente, comprometendo-se ao seu fiel cumprimento.

Vila Velha/ES, ____ de _____ de 20__.

ODONTOMÉDICA VILA VELHA LTDA

CNPJ: 07.817.978/0001-90

Assinatura do Contratante

Nome: _____

CPF: _____