



CENTRO DE CULTURA E DESPORTO DOS TRABALHAORES DE VILA NOVA DE GAIA



## ACORDO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Anjos da Noite - Serviços Médicos Noturnos L.da  
NIPC: 501 547 827  
C. Social: 74.819,70 €  
Sede: Rua D. Luís de Noronha nº 4, 6º andar  
1050-072 - Lisboa

Telefone : 707 507 707

Email : geral@anjosdanoite.pt

### Elementos do Titular

Nome Completo

Data Nascimento  NIF  Estado Civil

Nacionalidade  Profissão

B.I. / C. C.  Data Emissão  Validade

Morada

Localidade  Código Postal

Concelho

Telefone  Telemóvel  Email

NÚMERO



Anjos 30 Familiar

Anjos 30 Individual

Promotor

Região

Anjos 30 Familiar

150,00 €

Anjos 30 Individual

81,00 €

### Elementos do Agregado Familiar

Data Nascimento

Grau de Parentesco

Elementos do Agregado Familiar	Data Nascimento	Grau de Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Forma de Pagamento da Quota

CTT, Multibanco ou nos serviços administrativos

Cheque à ordem dos Anjos da Noite L.da

Transferência Bancária

NIB: \_\_\_\_\_

(Enviar comprovativo de transferência bancária para [comercial@anjosdanoite.pt](mailto:comercial@anjosdanoite.pt))

Declaro ter tomado conhecimento das condições mencionadas no verso pelo que assino o presente acordo recebendo cópia do mesmo

Ao dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ do ano 20\_\_\_\_

( Assinatura do titular)



**É AJUSTADO, RECIPROCAMENTE ACEITE E REDUZIDO A ESCRITO O PRESENTE ACORDO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, O QUAL SE REGE NOS TERMOS DAS CLÁUSULAS SEGUINTE:**

**Cláusula Primeira**

**(Objecto e serviços)**

1. Pelos efeitos do presente acordo os Anjos da Noite, Serviços Médicos Nocturnos L.da, obrigam-se a prestar ao cliente serviços de assistência médica de clínica geral e de enfermagem, em regime de domicílio (24 horas, 365 dias/ano) nos termos descritos nas alíneas seguintes:

- a) Serviços de co-pagamento ou descontos (no domicílio e na rede de clínicas e hospitais associados);
- b) Qualquer solicitação de serviço, pedido de informação sobre assistência, marcação de consultas, marcação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica deverá ser efectuada directamente para o telefone 707 507 707;
- c) Transporte para o hospital da zona de residência (excluindo serviços extras), sempre que indicado pelo médico dos Anjos da Noite - Serviços Médicos Noturnos L.da;
- d) Segunda opinião, em caso de doença grave;
- e) Aconselhamento telefónico: informações, orientação e/ou aconselhamento clínico;
- f) Descontos no acompanhamento especializado e descontos no apoio domiciliário a idosos;
- g) Assistência em regime de internamento hospitalar, reembolso até 1.000 € (mil euros) cartão \*;
- h) Pequena cirurgia em ambiente hospitalar, reembolso até 250,00 € / cartão, com franquia de 50,00 € \*;

(\* ) Valido para os detentores de seguro de saúde ou estejam integrados num qualquer subsistema de saúde em Portugal.

**Cláusula Segunda**

**(Prazo de Denúncia)**

1. O presente acordo é celebrado pelo prazo de 1 ano, iniciando-se na data da respectiva assinatura e renovando-se tácita e sucessivamente por iguais períodos, se entretanto não for rescindido pelo Cliente com a antecedência mínima de 30 dias sobre a data da próxima renovação;
2. A intenção de rescisão deve ser obrigatoriamente comunicada por escrito, por carta registada com aviso de recepção;
3. Em caso de falecimento do Cliente, o Cabeça de Casal tem a obrigação de comunicar tal ocorrência por escrito, através, de carta registada com aviso de recepção, com cópia simples do assento de óbito;
4. O incumprimento da obrigação descrita no número anterior implica a continuação da renovação do contrato e pagamento dos valores em vigor até recepção da carta, data em que a entidade prestadora tenha conhecimento por escrito do seu falecimento.

**Cláusula Terceira**

**(Pagamento)**

1. Pela disponibilização dos serviços constantes do presente acordo, e para além do co-pagamento a que haja lugar, o Cliente compromete-se a pagar o valor de acordo com o plano de saúde adquirido;
2. O modo de pagamento referido no número anterior, no plano de assistência familiar, poderá ser alterado para pagamento semestral, por vontade do Cliente, após a primeira anuidade, com as inerentes consequências no valor da quota;



3. O valor referente no ponto 1 só pode ser alterado anualmente por iniciativa dos Anjos da Noite – Serviços Médicos Noturnos L.da, mediante aviso prévio ao Cliente com a antecedência mínima de 30 dias sobre a entrada em vigor dos novos preços;
4. Os pagamentos deverão ser efectuados à Anjos da Noite – Serviços Médicos Noturnos L.da, exclusivamente através de uma das seguintes modalidades:
  - a. Cheque cruzado ou vale postal dirigido à prestadora, com indicação do número do acordo;
  - b. CTT / Multibanco
  - c. Pessoalmente nos serviços administrativos;
  - d. Por transferência bancária para o NIB inscrito no acordo. Neste caso deverá enviar comprovativo para os serviços administrativos da prestadora.

#### **Cláusula Quarta (Alterações Contratuais)**

1. Quaisquer alterações ao texto do presente acordo ou aos serviços prestados serão comunicadas com a antecedência mínima de 30 dias sobre a data da sua entrada em vigor, por escrito, pela parte responsável à outra, por qualquer dos meios ao seu dispor (carta, fax, e-mail);
2. Qualquer alteração à composição do agregado terá que ser comunicada à Anjos da Noite – Serviços Médicos Noturnos L.da, por escrito (carta, telefax e/ou email), e terá efeitos imediatos, após recepção da comunicação;
3. Caso o Cliente venha a mudar a sua residência, deverá informar, por escrito a Anjos da Noite Serviços Médicos Noturnos L.da, sob pena de perder o direito aos serviços de assistência domiciliária permanecendo contudo, o acordo em vigor nos restantes serviços prestados pela empresa à data.

#### **Cláusula Quinta (Incumprimento)**

1. O incumprimento de qualquer das obrigações assumidas neste acordo, por qualquer das partes, confere à parte cumpridora o direito a rescindi-lo, sem prejuízo de a parte faltosa se constituir no dever de indemnizar pelos prejuízos e despesas decorrentes da sua acção culposa, designadamente as que hajam de efectuar para proceder à cobrança judicial ou coerciva dos seus créditos, incluindo honorários com profissionais forenses;
2. A utilização fraudulenta ou abusiva deste acordo, implica a imediata rescisão sem prejuízo de procedimento judicial.

#### **Cláusula Sexta (Foro)**

Para resolução de quaisquer questões ou litígios emergentes do presente acordo as partes elegem como unicamente competente o foro da comarca de Lisboa.



CENTRO DE CULTURA E DESPORTO DOS TRABALHAORES DE VILA NOVA DE GAIA



## CARTÃO ANJOS 30

	Plano de Assistência Familiar	Plano de Assistência Individual
1. Assistência Médica (Domiciliária 24h/dia 365 dias ano)	10,00 €	10,00 €
2. Assistência de Enfermagem (Domiciliária 24h/dia 365 dias ano)	10,00 €	10,00 €
3. Análises Clínicas ( Dias úteis no horário de expediente)	10,00 € + Valor das Análises	10,00 € + Valor das Análises
4. Transporte ao Hospital (Por indicação dos nossos médicos)	Gratuito	Gratuito
5. Consultas de Clínica Geral e de Especialidades (Clínicas associadas)	Até 25% de Desconto	Até 25% de Desconto
6. Condições Preferenciais Ambulatório, meios complementares de diagnóstico meios complementares de terapêutica e internamento	Até 25% de Desconto	Até 25% de Desconto
7. Aconselhamento telefónico	Gratuito	Gratuito
8. Acompanhamento especializado Apoio domiciliário a idosos	Desconto	Desconto
9. Assistência em regime de Internamento hospitalar *	Reembolso até 1.000,00 € / Cartão / Ano Comparticipação a 100%	Reembolso até 500,00 € / Cartão / Ano Comparticipação a 100%
10. Pequena cirurgia em ambiente hospitalar *	Reembolso até 250,00 € / Cartão / Ano Franquia de 50,00 €	Reembolso até 250,00 € / Cartão / Ano Franquia de 50,00 €

\* Esta cobertura funciona com prévia participação de seguro de saúde ou subsistema de saúde do titular, extensível a cada elemento do agregado familiar também beneficiário.