

TERMO DE ADESÃO AO PROJETO

CAMPANHA DE VACINAÇÃO PREVENÇÃO A HERPES ZOSTER

Pelo presente Termo para aquisição de vacinas que fazem de um lado, **Unimed Rio**, pessoa jurídica de direito privado, operadora de planos de assistência privada à saúde registrada na ANS sob o nº 39.332.1 inscrita no CNPJ sob o nº 42.163.881/0001-01, com sede na Av. Ayrton Senna, 2.500 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ, CEP: 22775-003, doravante simplesmente denominada Unimed Rio e de outro seu médico cooperado o(a) Dr(a) Nome _____, Nacionalidade _____, Estado civil _____, médico(a), portador(a) do CRM nº _____, expedida pelo CRM/RJ e CPF nº _____, residente e domiciliado na Endereço _____, Telefone: _____, e-mail: _____, doravante simplesmente denominado **COOPERADO**, tem entre si, justo e acordado, mediante as cláusulas e condições abaixo.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA VACINA

A aquisição da vacina pelo **COOPERADO** decorre de sua livre escolha e em benefício próprio e de seus beneficiados.

1.1 A **vacina de prevenção a Herpes Zoster, Shingrix** deve apenas ser usada para injeção intramuscular, de preferência no músculo deltoide. A primeira injeção ocorrerá na data escolhida ou agendada, a segunda injeção ocorrerá entre 2 e 6 meses após a primeira injeção.

1.2 **A Unimed Rio não realiza a fabricação, intermediação, fornecimento, distribuição, comercialização, armazenamento ou revenda de vacinas, inclusive de prevenção a herpes zoster, não aferindo nenhuma forma de lucro ou benefício com a aquisição do produto. No entanto, objetivando proporcionar o bem estar de seus cooperados buscou no mercado a possibilidade de adquirir, com menor custo, vacina de prevenção a herpes zoster.**

1.3 A vacina objeto do presente e sua respectiva empresa farmacêutica produtora é a abaixo discriminadas:

GlaxoSmithKline Brasil Ltda, CNPJ: 33.247.743/0001-10, com endereço: Estrada dos Bandeirantes, 8464 Curicica Jacarepaguá

1.4 Os valores da vacina são:

A) A vacina produzida pela empresa GlaxoSmithKline Brasil Ltda será disponibilizada ao custo unitário da dose de R\$582,71 (quinhentos e oitenta e dois reais e setenta e um centavos). Ao adquirir a vacina, você solicitará um total de 2 doses no valor total de R\$ 1.165,42 (Hum mil, cento e sessenta e cinco reais e quarenta e dois centavos) por pessoa.

1.6. Por cada ato vacinal, ou seja, para cada dose de vacina aplicada, deverá ser custeado diretamente pelo COOPERADO e/ou seu dependente o valor de R\$ 35,00 (Trinta e cinco reais) reais) por pessoa e dose que deverá ser pago à clínica no momento do ato vacinal, conforme meios e formas de pagamento praticados pelo estabelecimento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS REQUISITOS PARA SER BENEFICIADO

O **COOPERADO**, para fins de aquisição e recebimento das dosagens da vacina contra de prevenção a Herpes Zoster, declara que tanto para si quanto para seus dependentes estão preenchidos os requisitos abaixo:

- A) A Shingrix® é indicada para prevenção de herpes zoster (HZ) em: Adultos com 50 anos ou mais e adultos com 18 anos de idade ou mais com risco aumentado de HZ e contraindicada para pacientes que apresentam hipersensibilidade às substâncias ativadas a qualquer excipiente da vacina.

- B) **Ser previamente esclarecido e orientado por seu médico quanto às desvantagens, benefícios, possibilidade de adquirir a doença, possíveis efeitos colaterais, dentre outros, com a aplicação da vacina.**

ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Assim como acontece com outras vacinas, a vacinação com Shingrix deve ser adiada em indivíduos que sofrem de uma enfermidade febril aguda severa. No entanto, segundo a bula, a presença de uma infecção menor, como um resfriado, não deve resultar no adiamento da vacinação. Se o beneficiário se enquadrar em uma dessas situações deve consultar seu médico.

Como em qualquer vacina, uma resposta imune protetora pode não ocorrer em todos vacinados.

Segundo a bula, para mulheres grávidas e em período de lactação, tem-se as seguintes informações:

Fertilidade; estudos em animais indicam que não há efeitos diretos e indiretos de Shingrix na fertilidade masculina ou feminina

Gravidez; não há dados de uso de Shigrix em mulheres grávidas. Estudos em animais não indicam efeitos nocivos diretos ou indiretos em relação à gravidez.

Como medida de precaução é preferível evitar o uso de Shingrix durante a gravidez.

Categoria B de risco na gravidez.

2.1. O COOPERADO DECLARA, COM A FINALIDADE DE RESGUARDAR DIREITOS E DEFINIR RESPONSABILIDADES, QUE O PROPRIO E OS BENEFICIADOS INDICADOS NÃO POSSUEM QUALQUER RESTRIÇÃO MÉDICA PARA O RECEBIMENTO DA VACINA DE PREVENÇÃO A HERPES ZOSTER.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA DE RESSARCIMENTO PELA AQUISIÇÃO DA VACINA

Considerando que a Unimed Rio possibilitou a aquisição das vacinas a menor custo, antecipando os pagamentos ao fornecedor, caberá ao COOPERADO o ressarcimento nos termos abaixo:

3.1. Pela aquisição das doses da vacina, o COOPERADO ressarcirá a Unimed Rio o valor total de R\$ 1.165,42 (Hum mil, cento e sessenta e cinco reais e quarenta e dois centavos) por pessoa pelas 02 (duas) doses adquiridas, mediante desconto do valor total dividido em 03 (três) parcelas de R\$ 388,47 trezentos e oitenta e oito reais e quarenta e sete centavos), por pessoa, na produção médica a ser paga em junho, julho e agosto de 2023.

3.2. Na hipótese de produção insuficiente para compensação do débito no mês de competência, a critério exclusivo da Unimed Rio, este será descontado, cumulativamente com eventual parcela devida no mês subsequente, nas produções seguintes, inclusive sobras, até a total quitação, ou mediante cobrança expedida pelo Departamento Financeiro.

3.3. NA HIPÓTESE DE DESLIGAMENTO DOS QUADROS DA UNIMED RIO, POR QUALQUER MOTIVO, O COOPERADO AUTORIZA, DE FORMA IRREVOGÁVEL E IRRETRATÁVEL, O DESCONTO DO VALOR TOTAL DO DÉBITO REMANESCENTE, COM OS RESPECTIVOS ACRÉSCIMOS, DOS VALORES A SEREM PAGOS PELAS QUOTAS-PARTE DE CAPITAL.

Beneficiários autorizados pelo cooperado a tomar a vacina:

Nome:	Telefone:
Idade:	CPF:
Endereço	

Nome:	Telefone:
Idade:	CPF:
Endereço	

Nome:	Telefone:
Idade:	CPF:
Endereço:	

Nome:	Telefone:
Idade:	CPF:
Endereço	

Nome:	Telefone:
Idade:	CPF:
Endereço	

CLÁUSULA QUARTA – DA APLICAÇÃO DAS VACINAS

O **COOPERADO** opta por realizar o ato vacinal na clínica participante da campanha, abaixo assinalada:

Selecione abaixo a clínica para o ciclo vacinal - Rio de Janeiro

1. Lyfe Saúde Barra

CNPJ: 26.491.602/0001-82

Endereço: Av. Das Américas, 4666 sala 337B - Barra shopping - Centro Médico II

Contato: (21)2018-5021

E-mail: ricardocoutinho@maislyfe.com.br

Horário: De segunda à sexta das 9h às 18h e sábado das 9h às 16h

2. Lyfe Saúde Botafogo

CNPJ: 26.491.602/0003-44

Endereço: Av Lauro Sodré , 445, Piso G2 , Lj D88A , Shopping Rio Sul - RJ

Contato: (21)3437-3379

E-mail: ricardocoutinho@maislyfe.com.br

Horário: De segunda à sexta das 10h às 19h e sábado das 10h às 17h

* Vide anexo para endereço completo

4.1 O PERÍODO DE VACINAÇÃO SEGUIRÁ O ESQUEMA:

- 1ª DOSE: 03/07/23 a 31/07/23
- 2ª DOSE: 01/09/23 a 29/02/24

4.2. A AUSÊNCIA DO COOPERADO E/OU BENEFICIADO NO LOCAL E HORÁRIO NAS DATAS ACIMA APRAZADAS, POR QUALQUER MOTIVO, NÃO IMPEDIRÁ EM NENHUMA HIPÓTESE A COBRANÇA DOS VALORES PELA UNIMED RIO.

4.3. No caso de ausência do beneficiado no local e nas datas indicadas, deverão o **COOPERADO** e o beneficiário estabelecer contato com a área de cooperados através do telefone 3139-7306 para novo agendamento da data de vacinação, **respeitado o prazo limite da segunda dose, estabelecido no item 4.1.**

4.4. Para o recebimento da dosagem da vacina de prevenção a Herpes Zoster o beneficiado deverá portar documento oficial de identidade com foto.

CLÁUSULA QUINTA – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Termo não acarreta relação de consumo entre o **COOPERADO** e a **Unimed Rio**, mantendo-se inalterada a relação civil entre o cooperado e a cooperativa.

Os dados pessoais (nome completo e CPF) do COOPERADO e dependentes indicados neste Termo serão compartilhados com a clínica, com a finalidade exclusiva de comprovação de titularidade no recebimento das vacinas. Dúvidas ou solicitações de esclarecimentos sobre tratamentos de dados pessoais poderão ser encaminhadas para o contato: privacidade@unimedrio.com.br.

5.1. O **COOPERADO** declara estar suficientemente informado que:

- A) Shingrix® é indicada para prevenção de herpes zoster (HZ) em: Adultos com 50 anos ou mais e adultos com 18 anos de idade ou mais com risco aumentado de HZ e contraindicada para pacientes que apresentam hipersensibilidade às substâncias ativadas a qualquer excipiente da vacina.
- B) A administração deste medicamento deve ser adiada nos indivíduos que apresentem enfermidade febril aguda severa.
- C) Como ocorre com qualquer vacina, a vacinação com a Shingrix® pode não proteger 100% dos indivíduos vacinados.
- D) As informações completas da vacina devem ser obtidas junto a seu médico e a bula está disponível no seguinte endereço eletrônico:
https://buladeremedio.net/glaxosmithkline_brasil ltda/0/shingrix/paciente

5.2 A Unimed Rio NÃO É RESPONSÁVEL PELA FABRICAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, ARMAZENAMENTO E APLICAÇÃO DAS VACINAS, SENDO OS RESPONSÁVEIS AS EMPRESAS DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS AO LONGO DO PRESENTE INSTRUMENTO E ESCOLHIDOS PELO COOPERADO.

E por estarem assim justos e acordados, firmam o presente em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Rio, ____ de _____ de 2023.

ASSINATURA DO COOPERADO

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF: