

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE APÓLICE DE SEGURO SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICO E/OU CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICO COLETIVO POR ADESÃO

Este Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Apólice de Seguro e/ou Contrato de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão (“Contrato”) é celebrado entre **SINDICATO DOS ECONOMISTAS DO ESTADO DO PARANÁ - SINDECON/PR**, com sede na Rua Marechal Deodoro, 503 - Ap. 505, Curitiba/PR, CEP: 80.020-320, inscrito no CNPJ/MF sob o número 77.086.684/0001-10, neste ato representado de acordo com o seu Estatuto Social, doravante denominado **CONTRATANTE** ou **SUB-ESTIPULANTE**, e **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, com sede na Rua Desembargador Clotário Portugal, 243, Alto São Francisco, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ sob número 01.747.987/0001-75, autorizada a operar como **ESTIPULANTE** de Benefícios pela Agência Nacional de Saúde Suplementar sob número 41420-4, neste ato representada de acordo com seu Contrato Social, doravante denominada **CONTRATADA** ou **ESTIPULANTE**.

### PREMISSAS

*Considerando que a ESTIPULANTE atua na condição de estipulante de seguros e planos de assistência à saúde médico-hospitalares e odontológicos coletivos por adesão, de acordo com o previsto no artigo 5º da Resolução Normativa da ANS – RN nº 515/2022;*

*Considerando que os seguros e planos de assistência à saúde médico-hospitalares e odontológicos coletivos por adesão estipulados pela ESTIPULANTE, além de atenderem todos os requisitos legais vigentes para a categoria de seguros e planos de assistência à saúde coletivos por adesão, são compatíveis com a natureza e vínculo da SUB-ESTIPULANTE com seus sindicalizados ou associados; e*

*Considerando que há interesse da SUB-ESTIPULANTE em oferecer aos seus sindicalizados ou associados a opção de aderir aos seguros e planos de assistência à saúde estipulados pela ESTIPULANTE;*

**RESOLVEM** as Partes celebrar este Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições:

### CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

**1.1** Este Contrato tem por objeto a prestação pela **ESTIPULANTE** de serviços de administração de seguros e/ou planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos, configurados nas apólices de seguros e/ou contratos de planos de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos coletivos por adesão, estipulados pela **ESTIPULANTE** e especificados nos anexos deste Contrato.

**1.2** Quando rubricados e assinados pelas Partes, integram este Contrato como se nele estivessem transcritos:

- a) Os anexos deste Contrato, referidos simplesmente daqui em diante como Anexo, no singular, e Anexos, no plural;
- b) As apólices de seguros e/ou os contratos de planos de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos coletivos por adesão, referidos simplesmente daqui em diante como Apólice e/ou Plano, no singular, e Apólices e/ou Planos, no plural.

**1.3** Serão Partes nas Apólices e/ou Planos a **SUB-ESTIPULANTE** e, por livre opção individual, na qualidade de Beneficiários, as pessoas físicas a ela vinculadas por relação de caráter profissional, classista ou setorial.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES DA ESTIPULANTE**

**2.1** Constituem obrigações da **ESTIPULANTE** no cumprimento do objeto deste Contrato:

- a) Dar atendimento aos procedimentos de contratação e manutenção para os Beneficiários vigentes e novas contratações, aí incluídas as movimentações mensais de Beneficiários;
- b) Suprir os procedimentos de emissão de documentos de cobrança e gestão de recebimentos;
- c) Cumprir procedimentos de conferência e quitação financeira das faturas emitidas pelas Seguradoras e/ou Operadoras, relativas às Apólices e/ou Planos abrangidos por este Contrato;
- d) Gerir repasses de pagamentos, comissões e remunerações a participantes das Apólices e/ou Planos, na condição de prestadores de serviços a eles vinculados;
- e) Assumir o risco decorrente da inadimplência da **SUB-ESTIPULANTE** e/ou dos Beneficiários vinculados à **SUB-ESTIPULANTE**, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto, sendo que em nenhuma hipótese a **SUB-ESTIPULANTE** pode ser responsabilizada quer de forma solidaria ou subsidiária pelos respectivos pagamentos.

**2.2** A **ESTIPULANTE**, no cumprimento das obrigações de contratação e manutenção, será responsável por:

- a) Prestar orientação e suporte aos procedimentos de contratação ou ingresso de Beneficiários nas Apólices e/ou Planos, cuidando para que estes recebam previamente o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual estabelecidos pela RN nº 557/2022 da ANS, fornecidos pelas Seguradoras e/ou Operadoras e, havendo dúvidas ou demanda de esclarecimentos manifestadas, auxiliar na sua mitigação;
- b) Executar os procedimentos de movimentação dos Beneficiários das Apólices e/ou Planos administrados, caracterizados por inclusões, exclusões e ajustes para os Beneficiários titulares e dependentes, prestando esclarecimentos e orientações necessários com a aprovação da **SUB-ESTIPULANTE**.

**2.2.1** Para auxiliar nos procedimentos de contratação e manutenção de Beneficiários, a **ESTIPULANTE** poderá contratar terceiras pessoas, físicas ou jurídicas, por ela treinadas e orientadas, remunerando-as na forma da legislação vigente, sem ônus de qualquer natureza para a **SUB-ESTIPULANTE**.

**2.3** A **ESTIPULANTE**, no cumprimento das obrigações de cobrança, acompanhamento dos recebimentos, conferência e quitação de faturas das Apólices e/ou planos perante as Seguradoras e/ou Operadoras, será responsável por:

- a) Executar os procedimentos de emissão de documentos de cobrança bancária em nome dos Beneficiários titulares vigentes nas Apólices e/ou Planos, com os valores correspondentes às contraprestações de Beneficiários titulares e dependentes, providenciando para que tais documentos cheguem a seus destinatários, por meio físico ou eletrônico, com prazo anterior à sua data de vencimento com antecedência mínima de 10 dias.
- b) Acompanhar e controlar os pagamentos efetuados pelos responsáveis, notificando os Beneficiários titulares inadimplentes perante suas obrigações e comunicando a **SUB-ESTIPULANTE** sobre não cumprimento das obrigações financeiras por Beneficiários, bem

- como sobre a iminência de cancelamentos por inadimplência;
- c) Responsabilizar-se pela gestão dos recursos financeiros arrecadados e por sua utilização para quitar, nos respectivos vencimentos, as faturas correspondentes à cobertura das Apólices e/ou Planos, emitidas pelas Seguradoras e/ou Operadoras.
  - d) Responsabilizar-se pelo repasse de pagamentos, comissões e remunerações que, por força dos serviços prestados na administração das Apólices e/ou Planos, sejam devidos a terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, mediante a contrapartida de Notas Fiscais de prestação de serviços, aplicando-se, onde couber, a legislação tributária vigente.
  - e) Na hipótese da alínea (a), se o prazo não puder ser observado por circunstâncias alheias à vontade da **ESTIPULANTE**, o vencimento dos documentos de cobrança bancária será prorrogado.

2.3.1 Todos os parâmetros referentes à gestão financeira objeto desta Cláusula, tais como valores, vencimentos, datas limites para quitação de faturas na rede bancária, multas, taxas e percentuais relativos aos recebimentos e pagamentos decorrentes deste Contrato serão estabelecidos nos Anexos.

**2.4 A ESTIPULANTE**, no cumprimento das obrigações de acompanhamento técnico das Apólices e/ou Planos, será responsável por:

- a) Avaliar trimestralmente os elementos técnicos da Apólice e/ou Plano, perfis de utilização pelos Beneficiários, estatísticas de sinistros por natureza e custos de atendimento, analisando e relatando os efeitos observados para conhecimento e acompanhamento da **SUB-ESTIPULANTE** através da consultoria contratada pela mesma;
- b) Assessorar a **SUB-ESTIPULANTE** em suas decisões que envolvam comunicação com Beneficiários, esclarecimentos sobre utilização das coberturas oferecidas e meios de administração dos custos, bem como orientar a **SUB-ESTIPULANTE** sob o ponto de vista técnico quando das renovações periódicas das Apólices e/ou Planos através da consultoria contratada pela mesma;

## CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA SUB-ESTIPULANTE

Constituem responsabilidades da **SUB-ESTIPULANTE**:

- a) Acompanhar os procedimentos de renovação das Apólices e/ou Planos nas quais seja Sub-Estipulante, apreciar as ponderações e relatórios técnicos apresentados e tomar as decisões pertinentes, informando-as por escrito à **ESTIPULANTE** para as necessárias providências;
- b) Acompanhar os relatórios de recebimentos das contraprestações dos Beneficiários, posições de inadimplência e outras informações de natureza financeira;
- c) O processo de negociação de reajuste será entre a **SUB-ESTIPULANTE** e **OPERADORA**. A **ESTIPULANTE** somente poderá renovar o contrato após o percentual ser aprovado pela **SUB-ESTIPULANTE** e **OPERADORA**. A **ESTIPULANTE** acompanhará o processo.

## CLÁUSULA QUARTA – OUTRAS OBRIGAÇÕES

4.1 Serão registradas nos Anexos correspondentes as obrigações mútuas entre as Partes, relativas à entrega ou disponibilização de documentos, posições, relatórios e demais registros que deverão ser resolvidos entre si, no cumprimento das obrigações fixadas neste Contrato.

4.2 A **ESTIPULANTE** fica autorizada a proceder à atualização dos produtos que serão oferecidos aos **BENEFICIÁRIOS** vinculados à **SUB-ESTIPULANTE**, sempre que houver atualização da grade de produtos da Operadora.

4.3 A atualização dos produtos da Operadora não prejudicará os direitos dos **BENEFICIÁRIOS** que contrataram os produtos anteriores, sendo-lhes assegurado as condições previstas nos contratos anteriores, enquanto os referidos contratos estiverem em vigor.

## **CLÁUSULA QUINTA – TRATAMENTO DE DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

5.1 As Partes concordam que os dados dos Beneficiários compartilhados entre a Operadora e a **ESTIPULANTE**, nos termos deste Contrato, serão tratados apenas para os fins do presente Contrato e dos contratos, apólices e planos de saúde coletivo a serem estipulados. O tratamento de dados dos Beneficiários para qualquer outra finalidade somente será efetuado mediante consentimento do titular, atendendo-se ao que preceitua a Lei nº 13.709/2018.

5.2 As Partes comprometem-se a não realizar qualquer tratamento de dados diverso do autorizado e a promover as medidas de segurança necessárias para evitar qualquer vazamento de dados.

5.3 Os dados dos Beneficiários compartilhados entre as Partes serão limitados ao necessário para a consecução do objeto deste Contrato, bem como às finalidades dos contratos, apólices e planos de saúde coletivo a serem estipulados pela **ESTIPULANTE** e às demais hipóteses de compartilhamento previstas na Lei nº 13.709/2018.

## **CLÁUSULA SEXTA – REMUNERAÇÃO DA ESTIPULANTE**

6.1 A **SUB-ESTIPULANTE** autoriza neste ato que cada Seguradora e/ou Operadora responsável por Apólice e/ou Plano direcione eventuais pagamentos de administração mensal das Apólices e/ou Planos diretamente em favor da **ESTIPULANTE**.

6.2 Nos valores eventualmente pagos estarão incluídas as contraprestações pelos serviços operados diretamente pela **ESTIPULANTE** e também os oferecidos por terceiros, particularmente os relativos ao atendimento direto dos Beneficiários para as operações de inclusão, manutenção ou exclusão nas Apólices e/ou Planos. Os repasses financeiros serão feitos diretamente pela **ESTIPULANTE** aos terceiros.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – VIGÊNCIA**

7.1 Este Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, ficando automaticamente prorrogado por períodos iguais e sucessivos caso as Partes não se manifestem em contrário até 30 (trinta) dias antes da respectiva data de vencimento.

7.2 A vigência de cada Apólice e/ou Plano será estabelecida nos Anexos deste Contrato e a rescisão de qualquer Apólice e/ou Plano não implicará na rescisão deste Contrato.

## CLÁUSULA OITAVA – RESCISÃO

**8.1** Este Contrato somente poderá ser rescindido antecipadamente pelas Partes no caso de fraude, dolo ou descumprimento das condições contratuais.

**8.2** No caso de rescisão ou término do prazo de vigência deste Contrato, por qualquer motivo, os Beneficiários adimplentes permanecerão vinculados às Apólices e/ou Planos estipulados pela **ESTIPULANTE**.

## CLÁUSULA NONA – CONFIDENCIALIDADE

**9.1** As Partes se obrigam a guardar sigilo sobre as informações confidenciais adquiridas por força deste Contrato, durante e após seu período de vigência.

**9.2** São informações confidenciais todos os documentos e informações relativos às atividades das Partes que não sejam de conhecimento público, tais como, entre outros, custos, produtos, serviços, preços, lista de empregados ou associados, *know-how*, técnicas de produção e estratégias de atuação.

## CLÁUSULA DÉCIMA – DIVULGAÇÃO DE SERVIÇOS E PRODUTOS

**10.1** Durante a vigência deste Contrato, no contexto do escopo da cooperação aqui acordada, cada Parte poderá fazer uso gratuito das marcas, símbolos e insígnias da outra Parte, para fins de divulgação dos produtos e serviços aqui referidos, desde que devidamente autorizado por escrito pelas partes.

**10.2** O uso autorizado nesta Cláusula se limita à inserção das marcas, símbolos e insígnias em promoções, eventos e campanhas publicitárias, cessando imediatamente com o término de vigência deste Contrato.

**10.3** O disposto nesta Cláusula não gerará para as Partes qualquer espécie de direito sobre o uso da marca e de qualquer outra propriedade intelectual da outra Parte.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CUMPRIMENTO DE NORMAS ANTICORRUPÇÃO

**11.1** As Partes declaram que cumprem as leis às quais estão submetidas, assim como as regras e recomendações aplicáveis que tenham por finalidade o combate ou a mitigação dos riscos relacionados a práticas corruptas, atos lesivos, infrações ou crimes contra a ordem econômica ou tributária, de lavagem de dinheiro ou ocultação de bens, direitos e valores e contra a administração pública, incluindo, sem limitação, atos ilícitos que possam ensejar responsabilidade administrativa, civil ou criminal, nos termos das Leis nº 8137, de 27 de dezembro de 1990, nº 8429, de 2 de junho de 1992, nº 8666, de 21 de junho de 1993 (ou outras normas sobre licitações e contratos da administração pública), nº 9613, de 3 de março de 1998, nº 12529, de 30 de novembro de 2011, e nº 12846, de 1º de agosto de 2013, as quais deverão ser respeitadas pelas Partes durante toda a vigência do Contrato.

**11.2** Nenhuma das Partes poderá, em desacordo com a legislação aplicável, direta ou indiretamente, fazer qualquer oferta, pagamento de qualquer quantia, ou oferecer, presentear, prometer dar, ou autorizar qualquer coisa, a qualquer funcionário público, qualquer partido político ou empregado de partido político, qualquer candidato a cargo político ou pessoas a eles ligadas, direta ou indiretamente, com a finalidade de obter uma vantagem indevida.

**11.3** A **SUB-ESTIPULANTE** deverá informar imediatamente a **EXTRAMED** e a **EXTRAMED** deverá comunicar imediatamente a **SUB-ESPIPULANTE**, caso esteja ou venha a ser envolvida, direta ou indiretamente, em inquéritos ou processos administrativos ou judiciais pela prática de atos lesivos à administração pública, sem prejuízo da possibilidade de rescisão imediata do Contrato, independentemente de notificação prévia, a critério da **EXTRAMED** e recíproca da mesma forma.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

**12.1** Aplicam-se a este Contrato as leis da República Federativa do Brasil.

**12.2** Este Contrato não cria entre as Partes qualquer espécie de vínculo societário ou associação de qualquer natureza, nem tampouco qualquer vínculo empregatício, sendo que as Partes continuarão a existir e agir de forma absolutamente independente uma em relação à outra.

**12.3** A eventual aceitação, por uma das Partes, da inexecução, pela outra Parte, de quaisquer cláusulas ou condições deste Contrato, a qualquer tempo, deverá ser interpretada como mera liberalidade, não implicando, portanto, a desistência de exigir o cumprimento das disposições aqui contidas ou do direito de pleitear, futuramente, a execução total de cada uma das obrigações.

**12.4** Este Contrato representa o acordo integral entre as Partes sobre o objeto aqui tratado, substituindo qualquer outro ajuste, entendimento ou documento anterior para todos os fins de direito.

**12.5** Qualquer alteração a este Contrato somente será considerada válida e eficaz se feita por escrito e assinada por ambas as Partes.

**12.6** Todas as notificações decorrentes deste Contrato deverão ser feitas por escrito e serão consideradas eficazes:

- a) Quando entregues pessoalmente à Parte a ser notificada, mediante protocolo; ou
- b) Após 5 (cinco) dias contados do recebimento de carta com aviso de recebimento à Parte a ser notificada e da transmissão da notificação por fax à Parte a ser notificada, desde que acompanhada de postagem do original por carta registrada.

**12.6.1** Para efeito de qualquer notificação, observar-se-ão os dados fornecidos pelas Partes no preâmbulo deste Contrato, que poderão ser alterados por notificação enviada por uma Parte à outra Parte.

**12.7** Fica eleito o Foro Central da Comarca de Curitiba/PR, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir os conflitos decorrentes deste Contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – ASSINATURA ELETRÔNICA

13.1. As Partes declaram, nos termos contidos no artigo 10º, parágrafo 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, que a assinatura do presente instrumento e de seus anexos poderá ser efetuada por meio eletrônico, especificamente através de plataforma, ou por outro meio eletrônico definido pelas Partes – (“Assinatura Eletrônica”).

13.2. Na eventualidade do presente Contrato vir a ser assinado por meio eletrônico, as Partes declaram que aceitarão como válidos, eficazes e vinculantes, quaisquer documentos assinados através da Assinatura Eletrônica, reconhecendo que estarão obrigados por tais documentos, para todos os fins de Direito.

E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Contrato em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Curitiba, 2 de maio de 2025.

Pela SUB-ESTIPULANTE

**SINDICATO DOS ECONOMISTAS DO  
ESTADO DO PARANÁ - SINDECON/PR**

Juarez Trevisan  
016.931.319-00

**Testemunha**

Nome: Sylvia Maria Pinho Rocha |  
CPF: 906.600.569-68

Pela ESTIPULANTE

**EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E  
SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura  
CPF: 354.710.939-68

**Testemunha**

Nome: Moises Lourenço Schenoveber |  
CPF: 019.840.929-01

Este documento foi assinado eletronicamente por Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura, Moises Lourenço Schenoveber, Juarez Trevisan e SYLVIA MARIA PINHO ROCHA. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://assinaturas.certisign.com.br> e utilize o código 8D56-8FD8-419B-A15C.

## ANEXO I

### CUMPRIMENTO DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

#### 1. APLICABILIDADE:

1.1. O presente Anexo constitui parte integrante e indissociável do Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Apólice de Seguro e/ou Contrato de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão celebrado entre as Partes;

#### 2. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES:

2.1. As Partes têm ciência que, para o cumprimento das suas obrigações contratuais, a Contratante e a Contratada realizarão o tratamento de dados pessoais de beneficiários vinculados à Contratante e seus dependentes;

2.2. As Partes têm ciência que o tratamento de dados pessoais, inclusive aqueles que estejam representados em meio eletrônico ou digital, subordina-se às disposições contidas na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – (“LGPD”), dentre outras disposições legais.

2.3. As Partes resolvem, portanto, firmar este Anexo, consolidando as suas obrigações em relação ao cumprimento da LGPD, sem prejuízo de outras disposições contidas na legislação e no Contrato.

#### 3. DEFINIÇÕES:

3.1. Para os fins do presente Anexo, as Partes declaram que as definições adotadas neste instrumento são aquelas previstas no artigo 5º da LGPD, especialmente:

- a) **Dado Pessoal:** informação relacionada a uma pessoa natural identificada ou identificável;
- b) **Dado Pessoal Sensível:** dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;
- c) **Dado Anonimizado:** dado relativo a titular que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento;
- d) **Banco de Dados:** conjunto estruturado de dados pessoais, estabelecido em um ou em vários locais, em suporte eletrônico ou físico;
- e) **Titular:** pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento;
- f) **Controlador:** pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;
- g) **Operador:** pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador;
- h) **Agentes de Tratamento:** o controlador e o operador;
- i) **Tratamento:** toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da

- informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;
- j) **Anonimização:** utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo;
  - k) **Consentimento:** manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada;
  - l) **Eliminação:** exclusão de dado ou de conjunto de dados armazenados em banco de dados, independentemente do procedimento empregado;
  - m) **Transferência Internacional de Dados:** transferência de dados pessoais para país estrangeiro ou organismo internacional do qual o país seja membro;
  - n) **Autoridade Nacional:** Agência Nacional de Proteção de Dados – ANPD - órgão da administração pública responsável por zelar, implementar e fiscalizar o cumprimento desta Lei em todo o território nacional;
  - o) **LGPD** – Lei nº 13.709, de 14/08/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

#### 4. OBRIGAÇÕES:

4.1. As Partes reconhecem que o tratamento de Dados Pessoais somente poderá ser realizado para a execução do contrato celebrado, ou que se pretende celebrar com o Titular dos Dados, ou ainda, para os procedimentos preliminares relacionados ao contrato que possa vir a ser celebrado pelo Titular, ou para qualquer outra das hipóteses elencadas no artigo 7º da LGPD e em quaisquer outros dispositivos da LGPD e/ou em outras leis aplicáveis.

4.2. Cada uma das Partes será responsável, individualmente, pelo cumprimento das obrigações resultantes da LGPD e de outras disposições legais aplicáveis, inclusive pelos atos a serem expedidos pela Autoridade Nacional, cabendo-lhes, dentre outras obrigações decorrentes da LGPD:

- a) Coletar e tratar regularmente, exclusivamente para as finalidades do Contrato, os Dados Pessoais e eventuais Dados Pessoais Sensíveis que venham a ser coletados, respeitando todas as disposições legais incidentes, especialmente quanto à finalidade;
- b) Realizar as atividades de Tratamento de Dados Pessoais de boa-fé, observando os princípios da LGPD, especialmente os princípios da finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos Dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas, nos exatos termos previstos no artigo 6º da LGPD;
- c) Não transferir, ceder, ou transmitir, no todo ou em parte, a terceiros os Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis que vier a ter acesso, sem a prévia e expressa autorização por escrito da Controladora;
- d) Não realizar Transferências Internacionais de Dados Pessoais e de Dados Pessoais Sensíveis, sem a prévia e expressa autorização por escrito da Controladora e sem antes se certificar de que se trata de hipótese permitida pela LGPD – (artigo 33);
- e) Manter rigoroso controle sobre quaisquer Dados Pessoais, especialmente Dados Pessoais Sensíveis, que vier a receber, coletar, ou tratar sob qualquer forma, anonimizando os dados sempre que possível;
- f) Adotar técnicas que assegurem a integridade, inviolabilidade e confidencialidade dos Dados Pessoais, devendo inclusive se assegurar que seus prepostos, agentes, colaboradores e/ou prestadores de serviço também estejam obrigados ao sigilo profissional, caso eventualmente tenham acesso e/ou conhecimento dos dados pessoais tratados;
- g) Manter registro de todos os atos que praticar que envolvam tratamento de Dados Pessoais e de Dados Pessoais Sensíveis, sendo que a qualquer tempo, a qualquer das Partes poderá solicitar auxílio para a realização de avaliação de impacto e risco;

- h) Realizar a Eliminação dos que tenham sido objeto de tratamento que já tiver atingido sua finalidade, Dados Pessoais e de Dados Pessoais Sensíveis, salvos nas hipóteses em que é permitida ou exigida a conservação conforme previsto na LGPD;
- i) Adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os Dados Pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito;
- j) Comunicar à Controladora qualquer situação de vazamento de Dados Pessoais e informações, especialmente incidentes de segurança que possam acarretar risco ou dano aos Titulares dos Dados;
- k) Responder na forma da lei pelos prejuízos que causar à outra parte e/ou ao Titular dos Dados;
- l) Exigir que qualquer subcontratado seu em instrumento escrito assumas as obrigações previstas no presente instrumento, inclusive de responder por quaisquer prejuízo à Contratante, à Contratada, ao Titular dos Dados ou a terceiros.

## **5. RESPONSABILIDADE:**

5.1. Cada uma das Partes será responsável, perante a outra Parte, perante o Titular dos Dados Pessoais e perante os órgãos administrativos em geral, por eventuais danos que vier a causar em razão da violação de suas obrigações legais ou contratuais, cabendo à Parte infratora indenizar os prejuízos causados na forma prevista na legislação vigente.

## **6. VIGÊNCIA:**

6.1. O presente Anexo vigorará pelo período em que estiver em vigor o Contrato. As suas obrigações, no entanto, relacionadas aos Dados Pessoais, permanecerá em vigor, mesmo após a rescisão ou o encerramento do Contrato, pelo período de tempo previsto na legislação vigente.

## ANEXO II

### CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE APÓLICE DE SEGURO SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICO E/OU CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICO COLETIVO POR ADESÃO

Este Anexo especifica a Apólice e/ou Plano a que adere a **SUB-ESTIPULANTE** por estipulação da **ADMINISTRADORA**.

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – CARACTERÍSTICAS DA APÓLICE E/OU PLANO

1.1 A Apólice e/ou Plano se estabelece sob as seguintes condições:

- a) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda., registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- b) **OPERADORA PRINCIPAL – UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – Federação Estadual das Cooperativas Médicas**, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 312720;
- c) **SUB-ESTIPULANTE – SINDICATO DOS ECONOMISTAS DO ESTADO DO PARANÁ - SINDECON/PR**.
- d) **VIGÊNCIA DO PLANO** – 01 de Maio de 2025 a 30 de Abril de 2026;
- e) **QUANTIDADE DE VIDAS** – Número mínimo de vidas para a abertura da entidade – 31 vidas;

f) **PLANOS OFERTADOS**

f.1) Plano Coletivo por Adesão com Coparticipação (**PLANO ESTADUAL UNIMED ADESÃO ENFERMARIA COPART**), segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia.

a1) **Padrão de Acomodação – ENFERMARIA**

a2) **Número Registro ANS – 476.342/16-4**

a3) **Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde – ESTADUAL**

a4) **Área de Atuação Comercial do Plano de Saúde – Paraná**

a5) **Plano com Coparticipação de 30% em consultas e nos procedimentos ambulatoriais.**

f.2) Plano Coletivo por Adesão com Coparticipação (**PLANO ESTADUAL UNIMED ADESÃO APARTAMENTO COPART**), segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia.

b1) **Padrão de Acomodação – APARTAMENTO**

b2) **Número Registro ANS – 476.343/16-2**

b3) **Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde – ESTADUAL**

b4) **Área de Atuação Comercial do Plano de Saúde – Paraná**

b5) **Plano com Coparticipação de 30% em consultas e nos procedimentos ambulatoriais.**

g) **COBERTURA**

A **OPERADORA** assegurará aos beneficiários inscritos nos planos a cobertura de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, bem como os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, **DEFINIDOS E LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E**

**EVENTOS EM SAÚDE INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, por intermédio da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 e suas atualizações, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, realizados em rede própria ou credenciada da OPERADORA, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, observando-se a exclusão expressa de atendimento nos prestadores elencados no anexo Ia, bem como condições, quantidades e limites definidos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, previstas na legislação vigente, observadas a segmentação e a área de abrangência do plano contratado, assegurada independentemente do local de origem do evento, e conforme condições gerais do plano descritas nos Contratos assinados entre a ESTIPULANTE e a OPERADORA, sendo eles;**

- COLETIVO POR ADESÃO ESTADUAL ENFERMARIA COM OBSTETRÍCIA.
- COLETIVO POR ADESÃO ESTADUAL APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA.

#### **h) ELEGIBILIDADE**

Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais do contrato em nome do Estipulante o grupo elegível será composto dos seguintes;

##### **a. Titular:**

- a.1. Exclusivamente Economistas ativos, devidamente filiados ao SINDECON/PR.
- a.2. Não são elegíveis os denominados beneméritos, honorários, fundadores, pensionistas, inativos/aposentados e assemelhados ou de qualquer interessado vinculado a Sub-Estipulante de forma diversa da profissional, classista ou setorial.
- a.3. A elegibilidade está condicionada à apresentação da documentação comprobatória do vínculo empregatício do proponente nas profissões e atividades permitidas pelo Estatuto da Sub-Estipulante e de filiação à Sub-Estipulante emitida com data inferior a 90 dias.

##### **b. Dependentes:**

São considerados **BENEFICIÁRIOS** dependentes do titular:

- b.1. o cônjuge, sem eventual concorrência com o(a) companheiro(a);
- b.2. os (as) filhos (as) solteiros, podendo ser incluído até 34 anos, 11 meses e 29 dias, sendo automaticamente excluído quando completarem 45 anos;
- b.3. os (as) enteados(as) solteiros, podendo ser incluído até 34 anos, 11 meses e 29 dias, sendo automaticamente excluído quando completarem 45 anos;
- b.4. o menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular, do cônjuge ou do(a) companheiro(a) do titular, por força de decisão judicial solteiro, podendo ser incluído até 17 anos, 11 meses e 29 dias, sendo automaticamente excluído quando completarem 18 anos;
- b.5. O (a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- b.6. Os filhos incapazes, sem limite de idade, assim declarado judicialmente;
- b.7. O (a) neto (a) solteiro, podendo ser incluído até 34 anos, 11 meses e 29 dias, sendo automaticamente excluído quando completarem 45 anos.

**c) A adesão e vigência do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Beneficiário Titular no plano de saúde, devendo ser escolhido o mesmo padrão de acomodação para todos (dependente e titular).**

#### **i) DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

i.1. O beneficiário ou seu representante legal está obrigado, por ocasião da inscrição, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

i.1.1. Entende-se por doença e lesão preexistente como aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação ou adesão ao plano.

i.2. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante Entrevista Qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela OPERADORA PRINCIPAL, sem qualquer ônus para o beneficiário.

i.2.1. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da OPERADORA PRINCIPAL, poderá fazê-lo, **desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.**

i.3. A informação será prestada, por meio de declaração de saúde, em formulário específico fornecido pela OPERADORA PRINCIPAL.

i.4. Na declaração de saúde, o beneficiário ou seu representante legal deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, de seu conhecimento, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança pela OPERADORA PRINCIPAL de eventuais prejuízos.

i.5. É condição prévia para a inclusão de cada beneficiário a apresentação da declaração de saúde acima mencionada, onde conste ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

i.6. Fica facultado, a critério da OPERADORA PRINCIPAL, durante o período de 24 meses a contar da data da vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário, a realização de exame pericial, posteriormente à realização da declaração de saúde, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

i.7. A constatação da existência de lesão ou doença preexistente, nos termos da regulamentação específica da matéria, resultará na aplicação da cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, período no qual haverá a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

i.7.1. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

**i.7.2. No caso de constatação de lesão ou doença preexistente, a assinatura do Termo de Cobertura Parcial Temporária – CPT é requisito indispensável para a adesão ao plano de saúde.**

i.8. Após o preenchimento da Declaração de Saúde, fica facultada, a critério da OPERADORA PRINCIPAL, durante o período de 24 meses a contar da data da vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário, a realização de exame pericial, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

i.8.1. A OPERADORA PRINCIPAL poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

i.9. A OPERADORA PRINCIPAL irá comunicar o beneficiário da alegação de omissão de doença ou lesão preexistente eventualmente não declarada na ocasião da adesão ao plano.

Parágrafo primeiro: Se o beneficiário não concordar com a alegação, a OPERADORA PRINCIPAL irá encaminhar a documentação pertinente à ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não quanto à omissão de informação.

**Parágrafo segundo: Após julgamento, e acolhida a alegação da OPERADORA PRINCIPAL pela ANS:**

**a) o beneficiário ou o responsável legal será obrigado a arcar com o pagamento das despesas assistenciais relacionadas com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação prevista no caput; e**

**b) o beneficiário será excluído do plano por fraude contratual.**

i.10. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a exclusão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo com decisão favorável à OPERADORA PRINCIPAL.

i.11. Eventual realização de perícia médica, quando da inscrição do beneficiário no plano contratado, veda a possibilidade de abertura de processo de alegação de omissão de informação no preenchimento da Declaração de Saúde.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA**

2.1. A contraprestação mensal será constituída pela soma das contraprestações individuais do Beneficiário Titular e de seus Beneficiários Dependentes, **acrescidos dos valores decorrentes da COPARTICIPAÇÃO eventualmente devidos, mais** os encargos previstos na legislação vigente.

2.2. O Beneficiário Titular pagará a contraprestação mensal e os encargos previstos na legislação vigente, correspondentes à faixa etária do Plano pelo Beneficiário Titular e seus Beneficiários Dependentes, na data de vencimento informada na proposta de adesão, por meio de documento de cobrança bancária emitido em favor da **ADMINISTRADORA**.

**2.3. O valor da contraprestação mensal inicial relativa a cada beneficiário definido na vigência do contrato, está expresso na Proposta de Adesão Plano de Saúde Coletivo por Adesão, que é parte integrante do contrato assinado pelo beneficiário titular.**

2.4. A contraprestação mensal será paga somente na rede bancária conveniada, ou por débito em conta corrente do Beneficiário, mediante autorização expressa do correntista, nos vencimentos assinalados nos documentos de cobrança.

2.4.1. A contraprestação mensal será estabelecida considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa n.º 563/2022, conforme descrito a seguir:

|           | <b>Faixas Etária:</b>                                 |
|-----------|-------------------------------------------------------|
| <b>1º</b> | 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;                         |
| <b>2º</b> | 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;               |
| <b>3º</b> | 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;         |
| <b>4º</b> | 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;          |
| <b>5º</b> | 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;       |
| <b>6º</b> | 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;       |
| <b>7º</b> | 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;   |
| <b>8º</b> | 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;    |
| <b>9º</b> | 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; |

|            |                                            |
|------------|--------------------------------------------|
| <b>10º</b> | <b>59 (cinquenta e nove) anos ou mais.</b> |
|------------|--------------------------------------------|

2.5. As movimentações de Beneficiários ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de contraprestação no faturamento da contraprestação mensal subsequente.

2.6. O pagamento da fatura perante a **OPERADORA PRINCIPAL** é de responsabilidade da **ADMINISTRADORA** de acordo com as cláusulas contratuais.

2.7. O pagamento de contraprestação mensal pelo Beneficiário não quita eventuais débitos anteriores.

2.8. Se a **ADMINISTRADORA** não identificar o pagamento de qualquer contraprestação mensal vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

2.9. Será expedida a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento para a exclusão do **BENEFICIÁRIO** ou a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **ADMINISTRADORA**.

2.9.1. A notificação recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência será considerada válida quando for concedido, pela **ADMINISTRADORA**, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

2.10. Os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de suspensão ou rescisão do contrato.

2.11. A exclusão do **BENEFICIÁRIO** ou a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **ADMINISTRADORA** por motivo de inadimplência irá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.

2.12. Caso a inadimplência ou o valor do débito seja questionado à **ADMINISTRADORA** pelo **BENEFICIÁRIO**, será concedido novo prazo de 10 (dez) dias para o pagamento do débito em aberto, se houver.

2.13. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios: **(i)** correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura; **(ii)** mensagem de texto para telefones celulares (SMS); **(iii)** mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas; **(iv)** ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor; **(v)** carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou **(vi)** preposto da ESTIPULANTE, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

2.13.1. Para a notificação por inadimplência, serão utilizadas as informações fornecidas pela pessoa natural a ser notificada e cadastradas no banco de dados da **ADMINISTRADORA**.

2.13.2. A notificação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis prevista será válida quando o destinatário responder a notificação confirmando a sua ciência.

**2.14.** Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos, o contrato será suspenso ou rescindido unilateralmente por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

**2.15.** A notificação por inadimplência também poderá ser feita em área restrita da página institucional da **ADMINISTRADORA** na Internet e/ou por meio de aplicativo da **ADMINISTRADORA** para dispositivos móveis, acessível por meio de login e senha pessoais.

**2.16.** A notificação por inadimplência irá conter as seguintes informações: **(i)** a identificação da **ADMINISTRADORA** de plano de assistência à saúde, com nome, endereço e número de registro da **ADMINISTRADORA** na ANS; **(ii)** a identificação do contratante e dos **BENEFICIÁRIOS** vinculados ao contrato, com nome e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); **(iii)** a identificação do plano privado de assistência à saúde contratado, com nome e número de registro do plano na ANS; **(iv)** o valor exato e atualizado do débito; **(v)** o período de atraso com indicação das competências em aberto e do número de dias de inadimplemento constatados na data de emissão da notificação; **(vi)** a forma e o prazo para o pagamento do débito e a regularização da situação do contrato; e **(vii)** os meios de contato disponibilizados pela **ADMINISTRADORA** para o esclarecimento de dúvidas pela pessoa natural a ser notificada.

**2.16.1.** A notificação também poderá conter informações como as possibilidades de inscrição do devedor em cadastros restritivos de crédito e de cobrança da dívida e da possibilidade de imputação de novas contagens de carência e de cobertura parcial temporária.

**2.17.** Os valores não pagos até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) ao mês de juros de mora pelos dias em atraso (0.033% ao dia), além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. **Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, a mensalidade, acrescida da multa e do juro aqui estabelecidos, será lançada no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se, portanto, duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.**

**2.18.** O contrato poderá ser rescindido pela **ADMINISTRADORA**, sem devolução dos valores pagos, toda vez que o **BENEFICIÁRIO** se tornar inadimplente de duas mensalidades, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses. Nesta hipótese o **BENEFICIÁRIO** ficará obrigado a devolver todas as carteiras do plano (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade da **ADMINISTRADORA** e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, a **ADMINISTRADORA** poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas à **ADMINISTRADORA** as parcelas vencidas até o cancelamento.

**2.19.** Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a mensalidade serão da responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**.

**2.20.** O direito às coberturas deste plano será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento da mensalidade em atraso.

**2.21.** A mensalidade deverá ser paga pelo Beneficiário antes da utilização das coberturas contratadas.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – REAJUSTES CONTRATUAIS**

**3.1.** A mensalidade será reajustada anualmente **no aniversário do Contrato Principal Estipulado pela Extramed, informado na proposta de adesão, independente da data de início individual do BENEFICIÁRIO**, sem prejuízo da atualização das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

**3.2.** Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços e o limite máximo de coparticipação serão reajustados anualmente, de acordo com a inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – **IPCA – Planos de Saúde Brasil (IBGE)**. Este índice será apurado no período de 12 meses consecutivos, anterior ao mês de aniversário do **Contrato Principal Estipulado pela Extramed**.

**Parágrafo Único.** Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 3.2, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

**3.3.** Além da variação descrita no item 3.2, caso seja verificado o **desequilíbrio econômico-atuarial do contrato**, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

**Parágrafo Primeiro.** O **desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm)**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

**Parágrafo Segundo.** No caso previsto no parágrafo primeiro, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

**Parágrafo Terceiro.** **Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 3.3, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 3.2 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.**

**3.4.** Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

**3.5.** Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

**3.6.** Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

**3.7.** O valor da mensalidade recalculada será devido a partir da mensalidade com vencimento no dia 1º (primeiro) do mês de aniversário do contrato principal, informado na proposta de adesão.

### **CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E/OU PLANO**

**4.1.** O período de vigência da Apólice e/ou Plano será de 12 (doze) meses, contados, de forma única para todos os Beneficiários vinculados à **SUB-ESTIPULANTE**, a partir da data de aniversário

informada na Proposta de Adesão da **SUB-ESTIPULANTE**. A renovação da Apólice e/ou Plano será automática, caso não haja desistência da **ESTIPULANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término da vigência, ou o cancelamento da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL**, com a mesma antecedência. Após os primeiros 12 meses o cancelamento pode ocorrer com o comunicado prévio de 60 dias.

4.2. As coberturas contratuais serão disponibilizadas aos Beneficiários a partir de zero hora do primeiro dia do mês posterior ao mês de pagamento da primeira contraprestação mensal, após a aceitação da Proposta de Adesão pela **OPERADORA PRINCIPAL**, respeitados os prazos de carência de cada produto ou serviço disponibilizado.

4.3. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato de renovação da vigência da Apólice e/ou Plano.

## **CLÁUSULA QUINTA – CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO**

### **5.1 Cancelamento pelo Beneficiário**

O contrato poderá ser rescindido por vontade do beneficiário bastando que o mesmo solicite a Extramed ou a Operadora, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até a data da solicitação de cancelamento.

O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

### **5.2 Cancelamento pela ADMINISTRADORA**

A **ADMINISTRADORA** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, caso o Beneficiário torne-se inadimplente no pagamento das contraprestações mensais devidas, observadas as disposições previstas na Cláusula Segunda. O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação à Apólice e/ou Plano, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período.

### **5.3 Cancelamento pela OPERADORA PRINCIPAL**

A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, nas seguintes hipóteses:

a) Quando o Beneficiário não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou no Cartão-Proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da sua vinculação à Apólice e/ou Plano ou no valor da contraprestação mensal, conforme estabelecido no Código Civil; ou

b) Quando forem identificadas pela **OPERADORA PRINCIPAL** infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.4 A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **ADMINISTRADORA** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, respeitado o período mínimo de 12 meses.

5.5 A **ADMINISTRADORA** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **OPERADORA PRINCIPAL E /OU A SUB-ESTIPULANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, respeitado o período mínimo de 12 meses.

5.6 A rescisão imotivada da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL** e/ou pela **ADMINISTRADORA**, sem direito à devolução das contraprestações pagas, somente poderá ocorrer após o transcurso do período de 12 (doze) meses de vigência do contrato principal, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, após 12 meses poderá ocorrer a qualquer momento independente da data de renovação da Apólice, se respeitada a comunicação de 60 dias de antecedência.

- 5.7 O Beneficiário Titular poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) término do vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, que se obriga a reportar essa ocorrência, e (ii) prática de infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.
- 5.8 O Beneficiário Dependente poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) perda da condição de dependência definida nas condições gerais da Apólice e/ou Plano e (ii) exclusão do Beneficiário Titular ou cancelamento da sua vinculação à Apólice e/ou Plano.

## **CLÁUSULA SEXTA – COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS**

Para preservar a integridade do resultado do contrato e validação do grupo segurável previsto em contrato, a **OPERADORA** poderá solicitar a qualquer momento após a implantação do plano, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre **BENEFICIÁRIO** e **ESTIPULANTE**, entre **BENEFICIÁRIO** e **SUB-ESTIPULANTE**, e a relação de dependência financeira entre **BENEFICIÁRIO** Titular e dependentes.

6.1. Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo associativo do **BENEFICIÁRIO** com a **SUB-ESTIPULANTE**, que não seja informado para o **ESTIPULANTE** para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

6.1.1 O **BENEFICIÁRIO** será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os procedimentos realizados por atendimento em Rede Referenciada e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

6.1.2 A **OPERADORA** providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do **BENEFICIÁRIO** no último dia do mês da ocorrência desta constatação.

6.1.3 Será(ão) também excluído(s) do presente contrato o(s) beneficiário(s), quando:

- permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme cláusula **h) ELEGIBILIDADE**;
- o contrato for rescindido;
- por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte do beneficiário, observado, no que couber, cláusula **h) ELEGIBILIDADE**;
- Os beneficiários dependentes serão automaticamente cancelados na mesma data do cancelamento e/ou óbito do titular.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – PRAZO DE CARÊNCIA**

7.1. Carência é o período ininterrupto durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

7.2. Estão previstas neste contrato as seguintes **CARÊNCIAS CONTRATUAIS**:

- Urgência e Emergência - 24 (vinte e quatro) horas, observado o disposto na cláusula específica de urgência e emergência prevista nas condições gerais;**
- Consultas médicas - 30 (trinta) dias;**

- c) Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raios-X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia - 30 (trinta) dias;
- d) Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapias - 180 (cento e oitenta) dias;
- e) Demais coberturas contratuais (exceto parto a termo) - 180 (cento e oitenta) dias;
- f) Parto a termo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez - 300 (trezentos) dias.

**Parágrafo único.** Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de seu ingresso no plano.

**7.3.** Para este contrato serão aplicadas as isenções de carência conforme estabelecido pela resolução normativa nº 557/2022.

## **CLÁUSULA OITAVA – COPARTICIPAÇÃO**

8.1. Coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à ADMINISTRADORA, de acordo com os valores praticados na TABELA UNIMED REFERÊNCIA, vigente na data do evento, após a realização dos procedimentos ambulatoriais, nas condições abaixo.

**8.1.1. FICA ESTABELECIDO A COPARTICIPAÇÃO DE 30% (TRINTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS ABAIXO DESCRITOS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 138,94 (CENTO E TRINTA E OITO REAIS E NOVENTA E QUATRO CENTAVOS) POR PROCEDIMENTO/ENZIMA UTILIZADA, A SER PAGA PELO BENEFICIÁRIO DIRETAMENTE NO BOLETO A ESTIPULANTE.**

**Parágrafo primeiro.** Haverá coparticipação em consultas com médicos, inclusive de puericultura, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, realizadas em consultório e pronto socorro, fisioterapias, acupunturas, exames, serviços de apoio de diagnóstico e terapia e demais procedimentos ambulatoriais, realizados em consultório médico, clínicas, laboratórios e hospitais, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

**Parágrafo segundo.** A coparticipação será cobrada por procedimento/exame realizado e não por amostra, o que significa que, em uma única coleta de sangue, por exemplo, retira-se uma amostra para a realização de um ou mais exames e, neste caso, a coparticipação incidirá sobre a quantidade de exames/procedimentos realizados.

**Parágrafo terceiro.** Nos casos de exames/análises de DNA cobertos pelo rol mínimo obrigatório vigente da ANS, a coparticipação será cobrada por quantidade de enzimas utilizadas para sua realização.

**Parágrafo quarto:** Fica estabelecido que o teto máximo da coparticipação, previsto no *caput*, será reajustado anualmente de acordo com a variação do Índice de Reajuste Máximo autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos individuais/familiares, para o período de referência antecedente, conforme publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS na Internet. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre os meses de janeiro e dezembro.

**8.1.2. Na internação psiquiátrica de BENEFICIÁRIOS portadores de transtornos mentais, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante COPARTICIPAÇÃO de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, observados os valores praticados pela OPERADORA PRINCIPAL.**

## **CLÁUSULA NONA – ALTERAÇÃO DA MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

**9.1. O valor da mensalidade será corrigido pela mudança de faixa etária,** aplicando-se o novo valor indicado na(s) Tabela(s) de Valores, parte integrante da Proposta de Adesão.

**9.2. As faixas etárias previstas neste contrato são:**

- de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;**
- de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;**
- de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;**
- de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;**
- de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;**
- de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;**
- de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;**
- de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;**
- de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;**
- de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.**

**9.3. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reenquadrada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, acrescendo-se os percentuais abaixo:**

| <b>FAIXA ETÁRIA</b> | <b>% de variação por faixa etária<br/>ENFERMARIA</b> | <b>% de variação por faixa etária<br/>APARTAMENTO</b> |
|---------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 0 a 18 anos         | 0,0%                                                 | 0,0%                                                  |
| 19 a 23 anos        | 14,8%                                                | 14,6%                                                 |
| 24 a 28 anos        | 24,7%                                                | 24,4%                                                 |
| 29 a 33 anos        | 9,3%                                                 | 9,2%                                                  |
| 34 a 38 anos        | 8,3%                                                 | 8,2%                                                  |
| 39 a 43 anos        | 14,9%                                                | 14,8%                                                 |
| 44 a 48 anos        | 6,2%                                                 | 6,2%                                                  |
| 49 a 53 anos        | 22,9%                                                | 22,6%                                                 |
| 54 a 58 anos        | 39,7%                                                | 39,3%                                                 |
| 59 anos ou mais     | 20,5%                                                | 20,3%                                                 |

**9.4. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da mensalidade vigente na data do aniversário de cada BENEFICIÁRIO, e não se confundem com o reajuste anual.**

**9.5. Os percentuais de variação de faixa etária foram estabelecidos observando-se que o valor fixado para a última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.**

**9.6. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.**

## CLÁUSULA DÉCIMA – TABELA COMERCIAL

**10.1.** As contraprestações mensais individuais, de acordo com os planos e a faixa etária dos Beneficiários, são as seguintes:

| TABELA DE VALORES - ESTADUAL (AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA) COM COPARTICIPAÇÃO 30% |                                                        |              |                                                        |              |                                                        |              |                                                                |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|--------------|
| Faixa Etária                                                                                  | Valor individual por Pessoa Incluída (1 Beneficiários) |              | Valor individual por Pessoa Incluída (2 Beneficiários) |              | Valor individual por Pessoa Incluída (3 Beneficiários) |              | Valor individual por Pessoa Incluída (4 ou mais Beneficiários) |              |
|                                                                                               | Enfermaria                                             | Apartamento  | Enfermaria                                             | Apartamento  | Enfermaria                                             | Apartamento  | Enfermaria                                                     | Apartamento  |
| CÓDIGO ANS                                                                                    | 476.342/16-4                                           | 476.343/16-2 | 476.342/16-4                                           | 476.343/16-2 | 476.342/16-4                                           | 476.343/16-2 | 476.342/16-4                                                   | 476.343/16-2 |
| 00 a 18 anos                                                                                  | 256,87                                                 | 341,76       | 256,87                                                 | 341,76       | 224,69                                                 | 298,99       | 192,66                                                         | 256,29       |
| 19 a 23 anos                                                                                  | 294,85                                                 | 391,53       | 294,85                                                 | 391,53       | 257,96                                                 | 342,58       | 221,15                                                         | 293,50       |
| 24 a 28 anos                                                                                  | 367,74                                                 | 487,06       | 367,74                                                 | 487,06       | 321,73                                                 | 426,14       | 275,75                                                         | 365,29       |
| 29 a 33 anos                                                                                  | 401,90                                                 | 531,95       | 401,90                                                 | 531,95       | 351,66                                                 | 465,38       | 301,40                                                         | 398,92       |
| 34 a 38 anos                                                                                  | 435,21                                                 | 575,61       | 435,21                                                 | 575,61       | 380,75                                                 | 503,63       | 326,37                                                         | 431,60       |
| 39 a 43 anos                                                                                  | 500,06                                                 | 660,75       | 500,06                                                 | 660,75       | 437,60                                                 | 578,27       | 374,98                                                         | 495,57       |
| 44 a 48 anos                                                                                  | 531,18                                                 | 701,79       | 531,18                                                 | 701,79       | 464,69                                                 | 614,10       | 398,35                                                         | 526,34       |
| 49 a 53 anos                                                                                  | 652,62                                                 | 860,28       | 652,62                                                 | 860,28       | 571,10                                                 | 752,81       | 489,39                                                         | 645,20       |
| 54 a 58 anos                                                                                  | 911,42                                                 | 1.198,06     | 911,42                                                 | 1.198,06     | 797,46                                                 | 1.048,21     | 683,58                                                         | 898,50       |
| 59 anos ou mais                                                                               | 1.098,21                                               | 1.440,91     | 1.098,21                                               | 1.440,91     | 960,96                                                 | 1.260,80     | 823,63                                                         | 1.082,46     |

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 1º DE MAIO INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – COBERTURAS ADICIONAIS

### 11.1. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE CONSULTA ONLINE DE URGÊNCIA

11.1.1. A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** disponibilizará o acesso dos beneficiários vinculados ao plano privado de assistência à saúde aos serviços de consulta online de urgência, os quais serão prestados por empresa especializada, na modalidade virtual, para oferecer os serviços de Pronto Atendimento Virtual com médicos generalistas.

**Parágrafo único.** Este serviço não substitui o atendimento presencial, para os casos de urgência/emergência, tampouco deve ser utilizado para acionamento de remoção do beneficiário para uma unidade de saúde.

11.1.2. O objeto deste contrato é a prestação de serviços pela **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** de consulta em telessaúde (Pronto Atendimento Virtual) nos casos aqui previstos, prestados por um médico generalista, que terá a função de orientar ou aconselhar ao solicitante do serviço, através de videoconferência, diante de um diagnóstico clínico que exijam cuidados especiais e que gerem dúvidas quanto à maneira de se proceder.

#### 11.1.3. DA FORMA DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

1. O atendimento terá início mediante acesso ao aplicativo da **UNIMED CLIENTE PR**, cessando quando o médico generalista finalizar sua consulta.
2. Todos os contatos e atendimentos serão gravados.
3. Caso necessário, o médico generalista esclarecerá dúvidas quanto ao preparo prévio e adequado para realização de exames complementares, visando o diagnóstico ou tratamento do paciente.
4. O beneficiário cadastrado poderá acessar a plataforma em todas as situações de urgências e emergências médicas, ocasião em que o médico orientará o beneficiário sobre os primeiros

cuidados a serem adotados, assim como indicará a necessidade de buscar de atendimento presencial em um pronto atendimento.

5. O médico generalista está eximido de emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas, se a qualidade da informação recebida não for suficiente, segura e pertinente para o cerne da questão.

6. A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** não será responsabilizada por qualquer dano ao paciente, caso este decorra de informações inverídicas prestadas.

7. As informações relativas aos serviços de consulta online de urgência objeto do presente contrato não serão compartilhadas com terceiros, salvo para fins de atendimento à determinação judicial, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias pela **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** ou mediante consentimento prévio e expresso do beneficiário, sem prejuízo de outras hipóteses admitidas pela legislação vigente, em especial, pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD.

8. Os serviços serão prestados 24 horas por dia, ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados.

#### **11.1.4. DOS BENEFICIÁRIOS**

A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** prestará a assistência mencionada no presente contrato exclusivamente para os beneficiários ativos no plano de saúde, e em dia com as obrigações contidas neste contrato.

#### **11.1.5. DAS CONDIÇÕES GERAIS**

1. Não responde a **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** pela prestação de serviços a beneficiário(s), nas hipóteses de caso fortuito ou força maior, conforme disposto no art. 393 do Código Civil Brasileiro.

2. Os beneficiários cadastrados não poderão fazer qualquer uso indevido da Plataforma, seja a intervenção com outras ferramentas ou o acesso ao sistema e códigos por algum mecanismo diferente das alternativas apresentadas.

3. A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** se exime de qualquer responsabilidade quanto à indisponibilidade gerada por problemas de conexão do site, da rede ou dos computadores ligados à rede mundial de computadores (internet).

4. A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** não garante inclusão, permanência e/ou atendimento por profissional específico na plataforma.

5. A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** para a execução dos serviços ora contratados, utilizará recursos de mão de obra próprios, bem como possui contratos de parceria e prestação de serviços para o devido cumprimento do contrato, sendo de sua exclusiva responsabilidade todas as despesas advindas dos contratos de parceria e/ou de prestação de serviços e com o seu pessoal, inclusive todos os eventuais encargos trabalhistas, previdenciários e/ou securitários.

### **11.2 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE URGÊNCIA**

Prestação de serviços de transporte aeromédico a ser executada por empresa especializada contratada para este fim, diretamente aos beneficiários.

11.2.1 O prazo é de 60 (sessenta) dias de carência, contados a partir do início de vigência do beneficiário, ou da inscrição de novo beneficiário, na condição de beneficiário.

11.2.2 Será cobrado o valor mensal de R\$4,50 (quatro reais e cinquenta centavos), por beneficiário inscrito pelo serviço de transporte aeromédico de urgência ora contratado, **valor NÃO incluso nas tabelas.**

**11.2.3 A UNIMED disponibilizará aos beneficiários inscritos neste contrato os serviços de remoção aeromédica de urgência, a serem prestados por empresa especializada contratada para este fim, observadas as limitações de cobertura contratuais e o prazo de 60 (sessenta) dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo beneficiário.**

**11.2.4 A remoção do beneficiário será realizada exclusivamente, quando caracterizada pelo médico-assistente a falta de recursos oferecidos pelo hospital de origem, para outro hospital CREDENCIADO da OPERADORA PRINCIPAL e que apresente melhores condições para atendê-lo, desde que localizado dentro do território nacional (observada a exclusão expressa de cobertura dos hospitais listados no Contrato Assistencial).**

**11.2.5 A empresa especializada contratada prestará aos beneficiários da CONTRATANTE, que estejam devidamente inscritos nas coberturas assistenciais do Plano Privado de Saúde Suplementar (plano de saúde), o serviço de remoção aeromédica, dentro do território nacional, em aeronaves com UTI, com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários, de um estabelecimento médico-hospitalar para outro estabelecimento médico-hospitalar, dotado de melhores recursos de atendimento, a qualquer hora, todos os dias, desde que com aprovação prévia da OPERADORA PRINCIPAL.**

**11.2.6 Quando, por critério do médico-auditor da empresa especializada, a remoção do beneficiário for mais conveniente pela via terrestre, essa disponibilizará ambulância equipada com UTI, em condições de atender adequadamente às necessidades do caso.**

**Parágrafo Único:** Os serviços de remoção aeromédica serão requisitados pelo médico-assistente do beneficiário diretamente ao Serviço de Atendimento ao Cliente da Unimed, que funcionará de forma ininterrupta, 24 horas por dia, pelo telefone 0800-41-45-54.

**11.2.7 Os serviços de transporte aeromédico serão prestados sempre respeitando à legislação em vigor, no que diz respeito “às condições de tráfego aéreo e meteorológicas”, bem como às normas de instrução da ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil.**

**11.2.8 O atendimento aos beneficiários da UNIMED, por via aérea, somente será possível em locais em que existam aeródromos homologados ou registrados e que os mesmos ofereçam as condições necessárias para uma operação segura de acordo com os manuais dos fabricantes de aeronaves operadas pela empresa terceirizada, sempre respeitando as normas de instrução da ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil.**

**11.2.9 Para que se justifique a requisição do serviço de transporte aeromédico, é necessário o atendimento das exigências supracitadas e que o beneficiário apresente pelo menos uma das seguintes condições clínicas abaixo listadas:**

- I. Traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;**
- II. Aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;**
- III. Traumatismo da face, que necessite cirurgia de reconstituição;**
- IV. Traumatismo ocular grave que possibilite perda de visão;**
- V. Traumatismo raquimedular que necessite cuidados intensivos;**
- VI. Embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;**
- VII. Choque cardiogênico que necessite de internação em centro de terapia intensiva com maiores recursos (ex. balão intraórtico e cirurgia cardíaca);**
- VIII. Cirurgia cardíaca;**
- IX. Pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;**
- X. Queimaduras elétricas, térmicas, químicas e área corpórea afetada maior que 30%;**

XI. Angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas; discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem não houver condições para tal;

XII. Aneurisma dessecante de aorta que necessite centro de terapia intensiva;

XIII. Hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão, que necessite centro de terapia intensiva e assistência ventilatória, quando se esgotou todo o arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessária UTI mais adequada;

XIV. Insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;

XV. Pancreatite aguda (critério de Ranon);

XVI. Trauma torácico/ contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;

XVII. Asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;

XVIII. Insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;

XIX. Insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;

XX. Hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;

XXI. Estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;

XXII. Assistência em UTI, desde que não seja devido a um tumor benigno ou maligno;

XXIII. Politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais, quando no local não haja condições para tal procedimento);

XXIV. Fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular e que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;

XXV. Fratura de bacia com trauma de vias urinárias, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local de origem não haja condições técnicas;

XXVI. Traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando no local de origem não haja condições técnicas;

XXVII. Intoxicações agudas que necessitem centro de terapia intensiva, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;

XXVIII. Afogamento, que necessite de assistência ventilatória e centro de terapia intensiva;

XXIX. Amputações traumáticas com possibilidade de re-implante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);

XXX. Infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo ao tratamento clínico;

XXXI. Picadas de animais peçonhentos, com risco de vida e que sugira centro de terapia intensiva.

**11.2.10 Nenhum ato em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica – Código de Ética Médica, será executado pela equipe de profissionais médicos e de enfermagem da empresa terceirizada bem como não terão cobertura de transporte aeromédico, pelo presente contrato, pacientes beneficiários submetidos voluntariamente a tais atos.**

**11.2.11 A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação, por meio da triagem médica, das condições do paciente visando verificar se não existe contra-indicação para o transporte aéreo.**

**11.2.12** O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC, do Ministério da Aeronáutica.

**11.2.13** O transporte ora contratado somente será realizado se a localidade de origem do paciente estiver situada a mais de 50 Km (cinquenta quilômetros) do hospital de destino.

**11.2.14** A responsabilidade civil ou criminal caberá à empresa terceirizada contratada por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos pelos beneficiários transportados pela empresa de remoção aérea especializada, que mantém seguro para cobertura de tais sinistros, conforme contrato firmado com a OPERADORA PRINCIPAL.

**11.2.15.** O serviço de remoção aérea não será autorizado nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, seja por qualquer motivo, bem como não será autorizado para viabilizar a realização de procedimentos não cobertos neste contrato.

**11.2.16** Estão **EXCLUÍDOS** da cobertura contratual referente ao transporte aeromédico, os portadores de patologias que ofereçam risco à integridade física e à saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas (fase terminal), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

**11.2.17** Estão **EXCLUÍDOS** ainda da cobertura contratual, referente ao transporte aeromédico, as hipóteses não previstas no item 11.2.9.

**11.2.18.** Fica estabelecido que o valor do item 11.2.2, será reajustado anualmente (na data de aniversário do contrato) no mesmo percentual de reajuste das mensalidades.

### **11.3. REMISSÃO ASSISTENCIAL – BENEFÍCIO FAMÍLIA**

Trata-se o referido produto de um Plano de Remissão Assistencial, denominado Benefício Família (“Produto”), onde, **os Beneficiários Dependentes** do Beneficiário Titular, após o óbito deste, **adquirem o direito de permanência nas mesmas condições e limites definidos no contrato do plano assistencial celebrado junto à UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, pelo período máximo de 2 (dois) anos, com a isenção de pagamento das mensalidades**

**11.3.1.** Prevalecerão, para fins de utilização do “Produto”, as carências e restrições de cobertura contidas no contrato originário de assistência médico hospitalar ao qual pertenciam os beneficiários dependentes.

**11.3.2.** Será cobrado o valor mensal de R\$11,17 (onze reais e dezessete centavos), por beneficiário inscrito, que optou por acomodação enfermaria e R\$13,40 (treze reais e quarenta centavos), por beneficiário inscrito, que optou por acomodação apartamento, **valores NÃO inclusos nas tabelas.**

**11.3.3.** Fica estabelecido que os valores do item 11.3.2 acima, serão reajustados anualmente (na data de aniversário do contrato) no mesmo percentual de reajuste das mensalidades.

**11.3.4.** São considerados Beneficiários Dependentes do Beneficiário Titular, todas as pessoas que apresentarem as condições abaixo relacionadas, **desde que devidamente inscritos com antecedência mínima de 06 (seis) meses à data do óbito do Beneficiário Titular:**

- a) Titular poderá ser incluído até 69 anos;
- b) Esposo(a) poderá ser incluído até 69 anos;
- c) Companheiro(a), poderá ser incluído até 69 anos, devidamente comprovado por meio de certidão registrada em cartório ou **comprovantes de coabitação, sendo,**

neste último caso, passível de análise, por meio de no mínimo 02 (dois) documentos;

d) Filhos, enteados, tutelados ou que estejam sob a guarda judicial, solteiros **poderão ser incluídos até 34 anos, 11 meses e 29 dias, sendo excluídos quando completarem 45 anos;**

e) Filhos inválidos sem limite de idade, enquanto perdurar a invalidez ou interdição;

f) Filho nascido após o óbito do titular, desde que cumpridas as devidas carências pelo Beneficiário Titular falecido.

g) Netos Solteiros **poderão ser incluídos até 34 anos, 11 meses e 29 dias e serão excluídos quando completarem 45 anos.**

11.3.5. Os dependentes deverão ser inscritos no “Produto” concomitantemente com o Beneficiário Titular, ou ainda, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data do evento, nos casos elencados abaixo:

a) Filhos, da data de nascimento;

b) Equiparados aos filhos, da data de emissão da documentação de guarda/tutela/adoção;

c) Cônjuge/companheiro, da data do casamento ou emissão dos documentos comprobatórios, conforme cláusula 11.3.4.

**Parágrafo único: Caso a inclusão ocorra fora do prazo previsto, haverá cumprimento de carência de 12 (doze) meses, salvo em caso de morte do titular por acidente pessoal.**

11.3.6. Não terão direito ao “Produto” os dependentes do Beneficiário Titular cuja causa da morte decorra de ato ilícito, doloso ou culposo por ele praticado, ou para casos de suicídio, em que o Beneficiário Titular esteja inscrito em prazo inferior a 2 (dois) anos.

**Parágrafo único: Na ocorrência do óbito do Beneficiário Titular por ato doloso praticado por quaisquer dos seus Beneficiários Dependentes, estes serão automaticamente excluídos do benefício, a qualquer tempo, após a devida comprovação.**

11.3.7. O dependente que nascer após o óbito do titular terá direito ao Benefício Família, desde que estejam vencidas as carências do titular e a fecundação tenha ocorrido enquanto o beneficiário titular estava vivo.

#### **11.3.8. DA VIGÊNCIA E MODALIDADE DO PLANO NO “PRODUTO”**

A vigência do “Produto” aos Beneficiários Dependentes coincidirá com a data do óbito do Beneficiário Titular.

11.3.9. Na hipótese de ter ocorrido mudança de categoria do plano de saúde por parte do Beneficiário Titular falecido para categoria superior, em período inferior aos 06 (seis) meses anteriores ao óbito, será considerado o plano anterior (inferior) para fins da remissão assistencial (Benefício Família).

11.3.10. Após aderência ao Benefício Família pelo Beneficiário Titular, não será permitido qualquer alteração na titularidade do “Produto”.

**11.3.11. O Beneficiário Dependente, quando remido, não poderá ter a categoria de seu plano alterado em nenhuma hipótese, tampouco inclusões de beneficiários adicionais.**

#### **11.3.12. DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO**

**Na ocorrência do óbito do Beneficiário Titular, os Beneficiários Dependentes terão um prazo decadencial de no máximo 30 (trinta) dias para encaminhar à UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ cópias autenticadas e atualizadas, no período de 90 (noventa) dias em referência à data do óbito, dos seguintes documentos, imprescindíveis para a efetivação do benefício:**

- a) Certidão de óbito do Beneficiário Titular;
- b) Certidão de Casamento no caso de cônjuge, Certidão de União Estável ou comprovantes de Coabitação, no caso de companheiro, sendo, neste último caso, passível de análise pela **UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ**, por meio de no mínimo 02 (dois) documentos;
- c) Certidão de Nascimento, no caso de filhos;
- d) RG e CPF do titular e de todos os dependentes a serem beneficiados;
- e) Laudo do INSS ou Termo de Interdição, nos casos de filhos inválidos;
- f) Comprovante de Residência com data atual;
- g) Boletim de Ocorrência e Laudo Cadavérico em caso de morte acidental (aquela causada por acidentes pessoais externos, que podem vir a acontecer de forma súbita, violenta, imediata e involuntária, provocando lesões físicas ou morte).

#### **11.3.13. DA PERDA DO DIREITO AO USO DO “PRODUTO”**

**Não haverá concessão do “produto” para os dependentes:**

- a) **Se o falecimento do beneficiário titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses contados da sua inscrição no plano de saúde do BENEFICIÁRIO TITULAR;**
- b) **Que não cumpriram os 12 (doze) meses de carência, prevista no parágrafo único do item 11.3.5, caso sua inscrição no plano de saúde do BENEFICIÁRIO TITULAR tenha ocorrido posteriormente a do titular.**
- c) **Que não apresentarem os documentos exigidos para fins de concessão deste benefício.**

**11.3.14. Perderá imediatamente o direito ao Benefício Família o dependente que, no curso do prazo máximo de 2 (dois) anos, vier a perder sua condição de dependência, conforme item 11.3.4 ou com o decurso do prazo estipulado no Contrato.**

**11.3.15. O direito à utilização do Benefício Família, pelos dependentes descritos no item 11.3.4 do presente, prevalecerá no município onde estes residam, ou aonde venham a fixar residência, desde que na área de ação uma cooperativa do sistema Unimed.**

**11.3.16. Vencido o período máximo de 02 (dois) anos de fruição do Benefício Família, será assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção no plano, desde que o Contrato da Entidade Profissional esteja vigente, nas mesmas condições originalmente contratadas pelo titular, devendo um dos dependentes, maior e capaz, assumir a responsabilidade pelo adimplemento das obrigações decorrentes.**

**11.3.17. O valor das mensalidades será calculado, observando as últimas mensalidades adimplidas pelo titular, acrescidas dos reajustes por faixa etária e anuais que o contrato teria sofrido no período de remissão.**

#### 11.4. SOS UNIMED – REMOÇÃO TERRESTRE

Ambulâncias prontas para atender as mais rigorosas situações de risco de morte, com maior conforto e plena segurança ao cliente. Cidades que compõe a Área de Cobertura do APH – SOS, no Brasil: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (PR); CURITIBA (PR); PINHAIS (PR); ARAUCÁRIA (PR);

Facilidades do SOS - Urgência e Emergência: Central de Atendimento 24 horas por dia, todos os dias do ano, para receber solicitações e executar todo o processo de forma rápida; as ligações são gratuitas e podem ser realizadas de telefones comerciais, residenciais e móveis;

Valor para inclusão de forma opcional Enfermaria/Apartamento: R\$19,76 (dezenove reais e setenta e seis centavos) por beneficiário inscrito, **valor NÃO incluso nas tabelas.**

O **SOS UNIMED EMERGENCIA** é um serviço essencialmente orientado ao atendimento em casos de urgência e emergência médica, proporcionando solução rápida e eficaz, 24 horas por dia, todos os dias do ano.

**Condições gerais do serviço disponíveis no anexo CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – SOS UNIMED.**

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES FINAIS

**Passam a fazer parte do presente aditivo todas as coberturas, mecanismos de regulação, e riscos excluídos constantes dos contratos abaixo relacionados, assinados entre a Operadora e a Estipulante;**

- COLETIVO POR ADESÃO ESTADUAL ENFERMARIA COM OBSTETRÍCIA.
- COLETIVO POR ADESÃO ESTADUAL APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA.

**REDE PRESTADORA DE SERVIÇO – A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita à relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico [www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br), de acordo com a rede de atendimento expressa no cartão de identificação do beneficiário. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no “site” o número do seu cartão de identificação Unimed ou solicitá-la diretamente à UNIMED.**

**Parágrafo Primeiro.** Por ser a UNIMED PARANÁ cooperativa integrante do Sistema Estadual Unimed, é possível que prestadores de serviços não relacionados no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os listados no Anexo Ia, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed, sem, contudo, pertencerem à rede credenciada do plano ora contratado.

**Parágrafo Segundo.** Este plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação disponível no “site”.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REMUNERAÇÃO COMERCIAL

13.1 Para que a SUB-ESTIPULANTE possa custear suas atividades decorrentes do cumprimento das obrigações previstas no Contrato, a ESTIPULANTE repassará à SUBESTIPULANTE, um valor equivalente a 0,2% (zero vírgula dois por cento) dos prêmios mensais arrecadados, líquidos de IOF (Imposto sobre Operações Financeiras), incidente sobre o total dos prêmios, enquanto estiverem ativos no presente Contrato.

13.2 O processamento e repasse mencionado na cláusula 12.1 será realizado semanalmente, respeitado o valor mínimo de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais).

13.3 A SUB-ESTIPULANTE deverá apresentar recibo dos valores repassados mensalmente, sob risco dos pagamentos serem suspensos até regularização desta documentação.

13.4 Em caso de atraso no pagamento deste repasse, superior a 10 (dez) dias, respeitadas as disposições das cláusulas 12.2 e 12.3, a ESTIPULANTE fica sujeita ao pagamento de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) ao mês de juros de mora.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – ASSINATURA ELETRÔNICA**

**14.1. As Partes declaram, nos termos contidos no artigo 10º, parágrafo 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, que a assinatura do presente instrumento e de seus anexos poderá ser efetuada por meio eletrônico, especificamente através de plataforma, ou por outro meio eletrônico definido pelas Partes – (“Assinatura Eletrônica”).**

**14.2.** Na eventualidade do presente Anexo vir a ser assinado por meio eletrônico, as Partes declaram que aceitarão como válidos, eficazes e vinculantes, quaisquer documentos assinados através da Assinatura Eletrônica, reconhecendo que estarão obrigados por tais documentos, para todos os fins de Direito.

E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Anexo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Curitiba, 2 de maio de 2025.

**Pela SUB-ESTIPULANTE**

**Pela ADMINISTRADORA**

**SINDICATO DOS ECONOMISTAS DO ESTADO  
DO PARANÁ - SINDECON/PR**

**Juarez Trevisan**  
**016.931.319-00**

**EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E  
SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

**Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura**  
**CPF: 354.710.939-68**

**Testemunha**

Nome: Sylvia Maria Pinho Rocha |  
CPF: 906.600.569-68

**Testemunha**

Nome: Moises Lourenço Schenoveber |  
CPF: 019.840.929-01

## ANEXO IIa

### CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE APÓLICE DE SEGURO SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICO E/OU CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICO COLETIVO POR ADESÃO

**Os prestadores abaixo descritos estão expressamente excluídos da rede credenciada do plano contratado, nos casos de atendimento de urgência e emergência para os planos com abrangência ESTADUAL.**

| CNPJ/CPF       | Nome Prestador                                               | Município        | UF |
|----------------|--------------------------------------------------------------|------------------|----|
| 13518634000182 | HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA                     | Alagoinhas       | BA |
| 13644877000167 | CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA REABILITACAO E O | Alagoinhas       | BA |
| 14022735000120 | UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA.                           | Alagoinhas       | BA |
| 14736706000120 | SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL LTDA                       | Camaçari         | BA |
| 33917568000120 | CLINICA SANTA HELENA LTDA                                    | Camaçari         | BA |
| 14373815000120 | HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO LTDA                  | Candeias         | BA |
| 10698566000192 | SERVMED - SERVICOS MEDICOS DE IRECE S/C LTDA                 | Irecê            | BA |
| 11503526000100 | ASLF SERVICOS MEDICOS LTDA                                   | Irecê            | BA |
| 11855370000127 | INSTITUTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DE IRECE LTDA            | Irecê            | BA |
| 12444794000161 | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE IRECE LTDA                       | Irecê            | BA |
| 12608610000151 | OTOCLINICA SERVICOS DE SAUDE LTDA                            | Irecê            | BA |
| 13344551000386 | CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO LTDA                            | Irecê            | BA |
| 14137673000100 | HOSPITAL DE ATENDIMENTOS MEDICOS DE IRECE LTDA ME            | Irecê            | BA |
| 18800350000106 | BRUNA MARTINS DOURADO CALADO                                 | Irecê            | BA |
| 23318680000191 | P S R DOS SANTOS - SERVICOS MEDICOS E LABORATORIOS           | Irecê            | BA |
| 28174588000119 | INSTITUTO MEDICO MINAURA MACHADO LTDA - ME                   | Irecê            | BA |
| 25051522000143 | DOM NUCLEO DE TERAPIAS INTEGRADAS LTDA                       | Jacobina         | BA |
| 15170723000459 | LIGA ALVARO BAHIA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL              | Lauro de Freitas | BA |
| 13016092000140 | SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA                           | Salvador         | BA |
| 13592423000190 | PROFEMINA CLINICA GINECOLOGICA E OBSTETRICA LTDA - ME        | Salvador         | BA |
| 15166416000151 | REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO            | Salvador         | BA |
| 15168438000150 | CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA S A                      | Salvador         | BA |
| 15194004000125 | FUNDACAO JOSE SILVEIRA                                       | Salvador         | BA |
| 23319868000154 | APICE ASSISTENCIA PSIQUIATRICA E CENTRO DE ESTUDOS LTDA EPP  | Salvador         | BA |
| 32601437000177 | LSS LABORATORIO SILVANY STUDART LTDA                         | Salvador         | BA |
| 34237339000128 | CACIPP SERVICOS MEDICOS LTDA EPP                             | Salvador         | BA |
| 3923271000107  | CTCV - CENTRO DE TRATAMENTO CARDIOVASCULAR LTDA              | Brasília         | DF |
| 4868115000153  | COTTA - CENTRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE TAGUATINGA LTDA    | Brasília         | DF |
| 8922686000180  | NCB - NUCLEO CARDIOLOGICO DE BRASILIA LTDA-ME                | Brasília         | DF |
| 10274528000102 | LA FEMME GINECOLOGIA DE EXCELENCIA LTDA                      | Brasília         | DF |
| 19676081000172 | BRASILIA ENDOSCOPIA E SERVICOS MEDICOS LTDA                  | Brasília         | DF |
| 60884855002289 | IMPAP SERVICOS HOSPITALARES S/A                              | Brasília         | DF |
| 72576143000157 | SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA                              | Brasília         | DF |
| 5243820000128  | ALMEIDA E MARINHO LTDA                                       | Chapadinha       | MA |
| 782825000105   | CEMED CENTRO DE MEDICINA E DIAGNOSTICO LTDA                  | São Luís         | MA |
| 819576000185   | HRO HOSPITAL DE REFERENCIA OFTALMOLOGICA LTDA EPP            | São Luís         | MA |
| 3278347000199  | CLINIMAGEM - CLINICA MEDICA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA -  | São Luís         | MA |
| 3709878000199  | SAO LUIS SERVICOS MEDICOS DE ANESTESIA S/C LTDA              | São Luís         | MA |
| 4841578000121  | CENTRO DE CARDIOLOGIA INVASIVA DO MARANHÃO LTDA              | São Luís         | MA |
| 4841578000202  | CENTRO DE CARDIOLOGIA INVASIVA DO MARANHÃO LTDA              | São Luís         | MA |
| 5633961000157  | CLINICA DE ENDOCRINOLOGIA DIABETES E M N DO MARANHÃO LTDA EP | São Luís         | MA |
| 6265912000171  | CENTRO MEDICO MARANHENSE SA                                  | São Luís         | MA |
| 6301386000158  | INSTITUTO DE RADIOLOGIA SAO LUIS LTDA                        | São Luís         | MA |
| 6394902000136  | CENTRO DE ONCOLOGIA MEDICO LTDA                              | São Luís         | MA |
| 8366226000112  | INSTITUTO DE CIENCIAS NEUROLOGICAS DE MARANHÃO LTDA ME       | São Luís         | MA |
| 11034824000107 | CENTRO DE PATOLOGIA DO MARANHÃO LIMITADA                     | São Luís         | MA |
| 15296222000170 | L C SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA LTDA ME                       | São Luís         | MA |
| 15700671000132 | YURI VICTOR BARBOSA SILVA                                    | São Luís         | MA |

|                |                                                              |                 |    |
|----------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|----|
| 23670052000170 | DIAGNOSE IMAGENOLOGIA LTDA                                   | São Luís        | MA |
| 86716644000104 | LABORATORIO GASPAR                                           | São Luís        | MA |
| 4311093001440  | CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO | Campo Grande    | MS |
| 611689000190   | INST. DE MEDICINA INTERNA E MATERNO INFANTIL                 | Tucuruí         | PA |
| 2284062000106  | HOSPITAL ESPERANCA                                           | Recife          | PE |
| 6047087009276  | REDE DOR SAO LUIS S A HOSP MEMORIAL SAO JOSE                 | Recife          | PE |
| 10839561000132 | HOSPITAIS ASSOC DE PERNAMBUCO LTDA H STA JOANA               | Recife          | PE |
| 10892164000124 | REAL HOSPITAL PORTUGUES                                      | Recife          | PE |
| 11452240000143 | HOSPITAL JAYME DA FONTE                                      | Recife          | PE |
| 61486650054518 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A                                  | Duque de Caxias | RJ |
| 61486650072508 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A                                  | Duque de Caxias | RJ |
| 60884855001207 | IMPAR SERVICOS HOSPITALARES LTDA                             | Niterói         | RJ |
| 2284062000521  | HOSPITAL ESPERANCA S A                                       | Rio de Janeiro  | RJ |
| 6047087000996  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                        | Rio de Janeiro  | RJ |
| 6047087001020  | REDE D OR SAO LUIZ S.A.                                      | Rio de Janeiro  | RJ |
| 6047087001020  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                        | Rio de Janeiro  | RJ |
| 6047087003316  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                        | Rio de Janeiro  | RJ |
| 9578217000158  | HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA                          | Rio de Janeiro  | RJ |
| 16733603000132 | CENTRO DE EXCELENCIA FISICA UNIMED-RIO E FJG LTDA            | Rio de Janeiro  | RJ |
| 27901222000131 | J BADIM S/A                                                  | Rio de Janeiro  | RJ |
| 28602407000108 | IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-CIRURGICA INFANTIL L | Rio de Janeiro  | RJ |
| 29435005005279 | ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.                   | Rio de Janeiro  | RJ |
| 29435005005783 | ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.                   | Rio de Janeiro  | RJ |
| 31635857000101 | HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A                            | Rio de Janeiro  | RJ |
| 31635857000292 | HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A                            | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33419482000178 | CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA                               | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33419482000259 | CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA                               | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33501214000109 | CLINICA DA GAVEA S A                                         | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33722224000166 | ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO DE JANEIRO           | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33964776000180 | CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA                               | Rio de Janeiro  | RJ |
| 60884855001630 | IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A                              | Rio de Janeiro  | RJ |
| 60922168000348 | ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA                     | Rio de Janeiro  | RJ |
| 61486650004251 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                    | Rio de Janeiro  | RJ |
| 61486650005576 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                                   | Rio de Janeiro  | RJ |
| 61486650005819 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                    | Rio de Janeiro  | RJ |
| 61486650007277 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                    | Rio de Janeiro  | RJ |
| 61486650007358 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                    | Rio de Janeiro  | RJ |
| 61486650008753 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                                   | Rio de Janeiro  | RJ |
| 61486650009725 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                    | Rio de Janeiro  | RJ |
| 61486650054518 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A                                  | Duque de Caxias | RJ |
| 61486650072508 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A                                  | Duque de Caxias | RJ |
| 60884855001207 | IMPAR SERVICOS HOSPITALARES LTDA                             | Niterói         | RJ |
| 2284062000521  | HOSPITAL ESPERANCA S A                                       | Rio de Janeiro  | RJ |
| 6047087000996  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                        | Rio de Janeiro  | RJ |
| 6047087001020  | REDE D OR SAO LUIZ S.A.                                      | Rio de Janeiro  | RJ |
| 6047087001020  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                        | Rio de Janeiro  | RJ |
| 6047087003316  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                        | Rio de Janeiro  | RJ |
| 9578217000158  | HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA                          | Rio de Janeiro  | RJ |
| 16733603000132 | CENTRO DE EXCELENCIA FISICA UNIMED-RIO E FJG LTDA            | Rio de Janeiro  | RJ |
| 27901222000131 | J BADIM S/A                                                  | Rio de Janeiro  | RJ |
| 28602407000108 | IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-CIRURGICA INFANTIL L | Rio de Janeiro  | RJ |
| 29435005005279 | ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.                   | Rio de Janeiro  | RJ |
| 29435005005783 | ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.                   | Rio de Janeiro  | RJ |
| 31635857000101 | HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A                            | Rio de Janeiro  | RJ |
| 31635857000292 | HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A                            | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33419482000178 | CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA                               | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33419482000259 | CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA                               | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33501214000109 | CLINICA DA GAVEA S A                                         | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33722224000166 | ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO DE JANEIRO           | Rio de Janeiro  | RJ |
| 33964776000180 | CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA                               | Rio de Janeiro  | RJ |
| 60884855001630 | IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A                              | Rio de Janeiro  | RJ |

|                |                                                          |                       |    |
|----------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|----|
| 60922168000348 | ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA                 | Rio de Janeiro        | RJ |
| 61486650004251 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                | Rio de Janeiro        | RJ |
| 61486650005576 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                               | Rio de Janeiro        | RJ |
| 61486650005819 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                | Rio de Janeiro        | RJ |
| 61486650007277 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                | Rio de Janeiro        | RJ |
| 61486650007358 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                | Rio de Janeiro        | RJ |
| 61486650008753 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                               | Rio de Janeiro        | RJ |
| 61486650009725 | DIAGNOSTICO DA AMERICA SA                                | Rio de Janeiro        | RJ |
| 88625686002443 | ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS AESC                          | Porto Alegre          | RS |
| 92685833000151 | ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO                        | Porto Alegre          | RS |
| 52956901000155 | HOSPITAL NOVO ATIBAIA S/A                                | Atibaia               | SP |
| 11532370000196 | DE PAULA & ALVES DE SOUSA SERVICOS MEDICOS LTDA          | Barueri               | SP |
| 59042622000125 | HOSPITALIS NUCLEO HOSPITALAR DE BARUERI LTDA             | Barueri               | SP |
| 60765823000563 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN   | Barueri               | SP |
| 60840055001456 | FLEURY S/A                                               | Barueri               | SP |
| 60840055019070 | FLEURY S.A.                                              | Barueri               | SP |
| 60840055040192 | FLEURY S/A                                               | Barueri               | SP |
| 61486650000183 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                              | Barueri               | SP |
| 60765823006502 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN  | Campinas              | SP |
| 61486650005223 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                              | Cotia                 | SP |
| 10676852000157 | CLINICA MEDICA TOLEDO DIAS S/S LTDA                      | Guarulhos             | SP |
| 60765823006847 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN   | Guarulhos             | SP |
| 60840055032920 | FLEURY S.A.                                              | Jundiaí               | SP |
| 60840055015678 | FLEURY S/A                                               | Osasco                | SP |
| 6047087000724  | HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S A                      | Santo André           | SP |
| 60840055034540 | FLEURY S/A                                               | Santo André           | SP |
| 60840055034974 | FLEURY S.A.                                              | Santo André           | SP |
| 61486650001155 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                              | Santo André           | SP |
| 61486650016853 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                              | Santo André           | SP |
| 68253731000182 | HOSPITAL ANA COSTA SA SANTOS CO                          | Santos                | SP |
| 6047087000805  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                    | São Bernardo do Campo | SP |
| 6047087007222  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                    | São Bernardo do Campo | SP |
| 60840055003076 | FLEURY S.A.                                              | São Bernardo do Campo | SP |
| 60840055041245 | FLEURY S/A                                               | São Bernardo do Campo | SP |
| 61486650007862 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                              | São Bernardo do Campo | SP |
| 6047087002778  | REDE DOR SAO LUIZ S A                                    | São Caetano do Sul    | SP |
| 60840055034460 | FLEURY S.A.                                              | São Caetano do Sul    | SP |
| 2162577000125  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 2162577000206  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 2162577000397  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 2162577000630  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 2162577000710  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 2162577000982  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 2162577001016  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 2162577001369  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 2162577001440  | T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA | São Paulo             | SP |
| 6047087000139  | REDE DOR SAO LUIZ S.A.                                   | São Paulo             | SP |
| 6047087000210  | REDE DOR SAO LUIZ S.A.                                   | São Paulo             | SP |
| 6047087000309  | REDE DOR SAO LUIZ S.A.                                   | São Paulo             | SP |
| 14017359000186 | REDE DOR SAO LUIZ SERVICOS MEDICOS LTDA                  | São Paulo             | SP |
| 14017359000267 | REDE DOR SAO LUIZ SERVICOS MEDICOS LTDA                  | São Paulo             | SP |
| 14017359000348 | REDE DOR SAO LUIZ SERVICOS MEDICOS LTDA                  | São Paulo             | SP |
| 19803199000114 | HOSPITAL LEFORTE SA                                      | São Paulo             | SP |
| 28290788000137 | ONCO STAR SP ONCOLOGIA LTDA                              | São Paulo             | SP |
| 28820713000110 | HOSPITAL SAGRADA FAMILIA EIRELI                          | São Paulo             | SP |
| 45796554000266 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A     | São Paulo             | SP |
| 45796554000347 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A     | São Paulo             | SP |

Este documento foi assinado eletronicamente por Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura, Moises Lourenco Schenoveber, Juarez Trevisan e SYLVIA MARIA PINHO ROCHA.

Para verificar as assinaturas vá ao site <https://assinaturas.certisign.com.br> e utilize o código 8D56-8FD8-419B-A15C.

|                |                                                              |           |    |
|----------------|--------------------------------------------------------------|-----------|----|
| 45796554001076 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A         | São Paulo | SP |
| 45796554001157 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A         | São Paulo | SP |
| 45796554001238 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A         | São Paulo | SP |
| 45796554001408 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A         | São Paulo | SP |
| 45796554001580 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A         | São Paulo | SP |
| 45796554001661 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A         | São Paulo | SP |
| 45796554001742 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A         | São Paulo | SP |
| 45796554001823 | SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A         | São Paulo | SP |
| 45983087000100 | SERVICO DE HEMOTERAPIA NOVE DE JULHO                         | São Paulo | SP |
| 51634822000165 | CLINICA MEDICA ESTRELA S/S LTDA                              | São Paulo | SP |
| 53588216000186 | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SAO PAULO                        | São Paulo | SP |
| 53588216000267 | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SAO PAULO                        | São Paulo | SP |
| 53725560000170 | FUNDACAO ADIB JATENE                                         | São Paulo | SP |
| 56811607000106 | THOMAS SZEGO CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO SOCIEDADE SIMPLE | São Paulo | SP |
| 56822786000187 | CDTE - CENTRO DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA ENDOSCOPICA LTDA  | São Paulo | SP |
| 57063257000100 | CICAP CENTRO DE IMUNO HISTOQUIMICA                           | São Paulo | SP |
| 60453024000390 | ASSOCIACAO BENEFICIENTE SIRIA                                | São Paulo | SP |
| 60453024000470 | ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO                                | São Paulo | SP |
| 60458262000126 | HOSPITAL E MATERNIDADE SAO MIGUEL S/A                        | São Paulo | SP |
| 60678604000113 | HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A                       | São Paulo | SP |
| 60678604000202 | HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A                       | São Paulo | SP |
| 60726502000126 | HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ                                 | São Paulo | SP |
| 60765823000130 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN       | São Paulo | SP |
| 60765823001292 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN       | São Paulo | SP |
| 60765823003074 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN       | São Paulo | SP |
| 60765823003902 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN       | São Paulo | SP |
| 60765823004399 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN       | São Paulo | SP |
| 60765823004631 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN       | São Paulo | SP |
| 60765823004712 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN       | São Paulo | SP |
| 60840055000131 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055000212 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055000484 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055000999 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055001022 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055001537 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055001618 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055001707 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055002002 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055002347 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055002428 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055002690 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055002770 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055003238 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055003408 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055010285 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055010447 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055010790 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055011095 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055014604 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055014787 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055014868 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055014949 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055015082 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055015163 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055019401 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055019827 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055020400 | FLEURY S/A                                                   | São Paulo | SP |
| 60840055029628 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055029709 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055029890 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |
| 60840055030391 | FLEURY S.A.                                                  | São Paulo | SP |

|                |                                                         |           |    |
|----------------|---------------------------------------------------------|-----------|----|
| 60840055031606 | FLEURY S.A.                                             | São Paulo | SP |
| 60840055032505 | FLEURY S.A.                                             | São Paulo | SP |
| 60840055034621 | FLEURY S.A.                                             | São Paulo | SP |
| 60840055034702 | FLEURY S.A.                                             | São Paulo | SP |
| 60840055034893 | FLEURY S.A.                                             | São Paulo | SP |
| 60840055035350 | FLEURY S.A.                                             | São Paulo | SP |
| 60840055035784 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055035865 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055035946 | FLEURY S.A.                                             | São Paulo | SP |
| 60840055036080 | FLEURY S.A.                                             | São Paulo | SP |
| 60840055036756 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055036837 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055036918 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055037485 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055037566 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055040273 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055040516 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055040940 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055042489 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055042640 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055042721 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60840055043450 | FLEURY S/A                                              | São Paulo | SP |
| 60884855000316 | IMPAR SERVICOS HOSPITALARES SA                          | São Paulo | SP |
| 60884855003331 | IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A                         | São Paulo | SP |
| 60922168000771 | ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA                | São Paulo | SP |
| 60961968000106 | FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE                               | São Paulo | SP |
| 60975737000232 | SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO                        | São Paulo | SP |
| 60975737001204 | SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO                        | São Paulo | SP |
| 60975737005110 | SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO                        | São Paulo | SP |
| 60992427000650 | BENEFICENCIA NIPO BRASILEIRA DE SAO PAULO               | São Paulo | SP |
| 61213674000240 | FUNDACAO JOSE LUIZ EGYDIO SETUBAL                       | São Paulo | SP |
| 61486650000507 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650000698 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650001317 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650001406 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650001589 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650001902 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650002046 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650003441 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650006386 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650007609 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650008168 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650015610 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650016772 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650018716 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650019011 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650021342 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A                             | São Paulo | SP |
| 61486650048623 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650058424 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650079502 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650082724 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650083968 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650086550 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650086983 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650087955 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650088765 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650088927 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61486650109606 | DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA                              | São Paulo | SP |
| 61590410000124 | SOC.BENEF.DE SENH.HOSPITAL SIRIO LIBANES                | São Paulo | SP |
| 61590410000396 | SOC BENEFICIENTE DE SENHORAS HOSPITAL SIRIO LIBANES     | São Paulo | SP |
| 61599908001553 | REAL E BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA | São Paulo | SP |

|                |                                                              |           |    |
|----------------|--------------------------------------------------------------|-----------|----|
| 61699567000192 | SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICIN | São Paulo | SP |
| 62032313000189 | SAO PAULO SERVICOS MEDICOS DE ANESTESIA                      | São Paulo | SP |
| 62106505000192 | HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA                           | São Paulo | SP |
| 67133637000127 | HOSPITAL DE ERMELINO MATARAZZO DAY                           | São Paulo | SP |
| 73535635000167 | SANA - SERV. ANESTESICOS AVANCADOS S/C LTDA                  | São Paulo | SP |
| 96522842000182 | CENTRO MEDICO SINGAL LTDA                                    | São Paulo | SP |
| 60765823000644 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRASILEIRA HOSP ALBERT EINSTEIN    | São Paulo | SP |
| 60765823000806 | SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN   | São Paulo | SP |
| 60765823000997 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823001705 | SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN    | São Paulo | SP |
| 60765823001969 | S B I B HOSPITAL ALBERT EINSTEIN                             | São Paulo | SP |
| 60765823003236 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823003740 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823003821 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823005603 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823005956 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823006766 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823007061 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823007142 | SOCIEDADE BENEF ISRAELIRA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | São Paulo | SP |
| 60765823002000 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN      | Sorocaba  | SP |
| 60765823006685 | SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN       | Suzano    | SP |
| 60975737007245 | SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO                             | Taubaté   | SP |

**Parágrafo único.** A listagem supracitada pode ser alterada a qualquer momento pela **OPERADORA PRINCIPAL**, razão pela qual deve ser sempre consultada a relação dos prestadores disponíveis para o plano, divulgada no site [www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br).

E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Anexo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Curitiba. 2 de maio de 2025.

Pela **SUB-ESTIPULANTE**

Pela **ADMINISTRADORA**

**SINDICATO DOS ECONOMISTAS DO ESTADO  
DO PARANÁ - SINDECON/PR**

**Juarez Trevisan**  
016.931.319-00

**EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E  
SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

**Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura**  
CPF: 354.710.939-68

**Testemunha**

Nome: Sylvia Maria Pinho Rocha |  
CPF: 906.600.569-68

**Testemunha**

Nome: Moises Lourenço Schenoveber |  
CPF: 019.840.929-01

## PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Certisign Assinaturas. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://assinaturas.certisign.com.br/Verificar/8D56-8FD8-419B-A15C> ou vá até o site <https://assinaturas.certisign.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 8D56-8FD8-419B-A15C



### Hash do Documento

DXXuoPwkPscvtbKBVs3GWOqj/5oSAjXglyuMep5lu24=

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 16/07/2025 é(são) :

- ☒ Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura (Parte) - 354.710.939-68 em 16/07/2025 10:47 UTC-03:00

**Tipo:** Assinatura Eletrônica

### Evidências

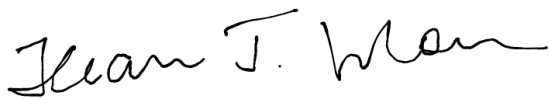
**Client Timestamp** Wed Jul 16 2025 10:47:48 GMT-0300 (Hora padrão de Brasília)

**Geolocation** Location not shared by user.

**IP** 191.177.174.5

**Identificação:** Por email: ileana.moura@extramed.com.br

**Assinatura:**



### Hash Evidências:

F784EC8880F5436AD6BB64AC3BC7FF4FC6498E11242EB2A838EBEF9DDE7D4C0B

- ☒ Moises Lourenco Schenoveber (Testemunha) - 019.840.929-01 em 15/07/2025 18:05 UTC-03:00

**Tipo:** Assinatura Eletrônica

### Evidências

**Client Timestamp** Tue Jul 15 2025 18:05:02 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

**Geolocation** Latitude: -25.4283454 Longitude: -49.2777276 Accuracy: 100

IP 179.130.14.70

**Identificação:** Por email: moises@extramed.com.br

**Assinatura:**



**Hash Evidências:**

63CEB0BB6F9EC746E27939EFE8DA62610803990B8A103BEF47BBBDC580F30681

☒ Juarez Trevisan (Parte) - 016.931.319-00 em 15/07/2025 10:13 UTC-03:00

**Tipo:** Assinatura Eletrônica

**Evidências**

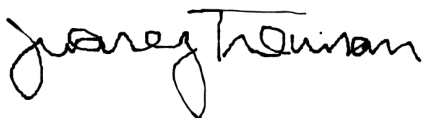
**Client Timestamp** Tue Jul 15 2025 10:13:23 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

**Geolocation** Latitude: -25.43006574796032 Longitude: -49.29486384443241 Accuracy: 99

IP 177.92.48.190

**Identificação:** Por email: Sindecon-pr@sindecon-pr.com

**Assinatura:**



**Hash Evidências:**

A99F23280E4654323A8499B290C4B34B76049C5DFEA34AD01AAF3EA72572C0A6

☒ SYLVIA MARIA PINHO ROCHA (Testemunha) - 906.600.569-68 em 07/07/2025 16:05 UTC-03:00

**Tipo:** Assinatura Eletrônica

**Evidências**

**Client Timestamp** Mon Jul 07 2025 16:04:35 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

**Geolocation** Location not available.

IP 200.146.214.235

**Identificação:** Por email: sylvia.rocha@extramed.com.br

**Assinatura:**

*pyh Rm*

**Hash Evidências:**

0F3363AD5D3CF213886CE2F7ABA85BAFF8F11BF49E299BA41B093FE6C8D790C2

