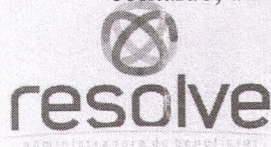


TERMO DE COOPERAÇÃO Nº 01/2021 - INTERMEDIÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO.

Pelo presente instrumento particular, as partes abaixo assinadas celebram entre si o presente termo de cooperação, tendo, de um lado, o CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO ESTADO DO PIAUI – CAU/PI, inscrito no CNPJ sob o nº 14.882.936/0001-06 com sede à Rua Areolino de Abreu, 2103 – Centro – CEP 64.000-180 – Teresina/PI, neste ato representada por seu representante legal, Wellington Carvalho Camarco, RG 1.455.897 SSP-PI, CPF 697.043.683-72, doravante identificada no presente instrumento como CAU/PI e, de outro lado, RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 13.746.922/0001-94, com sede na Rua Treze de Maio, 527, sala C – Centro - CEP 64.001-150 – Teresina/PI, com registro nº 41869-2 na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, neste ato representada por seu(a) administrador(a) SARA JAMES DA SILVA MENESES, RG 990.486 SSP-PI, CPF 361.368.083-15, doravante identificada no presente instrumento como ADMINISTRADORA.

1. DO OBJETO DO TERMO DE COOPERAÇÃO

- 1.1. O presente TERMO DE COOPERAÇÃO tem por objeto a prestação, pela ADMINISTRADORA, de serviços de administração de planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares, tratando-se de contratos de planos de assistência à saúde na modalidade 'coletivo por adesão', sem e/ou com coparticipação, estipulados pela ADMINISTRADORA e especificados nos anexos deste TERMO DE COOPERAÇÃO.
- 1.2. Quando rubricados e assinados pelas Partes, integram este TERMO DE COOPERAÇÃO como se nele estivessem transcritos:
 - a) os anexos deste TERMO DE COOPERAÇÃO, 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, com ou sem coparticipação, referidos simplesmente daqui em diante como Apólice e/ou Plano, no singular, e Apólices e/ou Planos, no plural;
- 1.3. São 'partes' neste instrumento a própria CAU/PI e, por livre opção individual, na qualidade de Beneficiários, as pessoas físicas a ela vinculadas por relação de caráter profissional, classista ou setorial, consoante os critérios de elegibilidade definidos na Resolução 195/2009 da ANS.
- 1.4. Adicionalmente, a ADMINISTRADORA prestará consultoria e assessoramento à CAU/PI no planejamento, implementação e gestão dos benefícios ora contratados, consistindo, a gestão de benefícios, especificamente, na administração dos Planos de Assistência Médico-hospitalar ofertados na Proposta Comercial da ADMINISTRADORA e escolhidos pelos beneficiários anunciados no item 1.3 acima.
- 1.5. No âmbito dos serviços prestados pela ADMINISTRADORA, os Beneficiários contarão, ainda, com acompanhamento de casos crônicos, monitoramento de grupo de



risco, bem como com a execução de programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras/seguradoras contratadas pela ADMINISTRADORA para prestação dos serviços de assistência à saúde, visando o bem-estar dos Beneficiários e o controle de sinistralidade contratual, consoante critérios definidos pela ADMINISTRADORA e/ou operadoras/seguradoras por ela disponibilizadas.

2. DOS BENEFICIÁRIOS

2.1. Serão admitidos apenas como Beneficiários Titulares do Presente TERMO DE COOPERAÇÃO os Associados que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com a CAU/PI, conforme os critérios de elegibilidade definidos na Resolução 195/2009 da ANS e que estejam adimplentes com suas contribuições perante esta.

2.2. São sujeitos beneficiados pelo objeto do TERMO DE COOPERAÇÃO os beneficiários ASSOCIADOS (pessoa física designada pela CAU/PI para Inscrição).

2.2.1. ASSOCIADO PRINCIPAL (TITULAR) é o empregado, o sócio ou diretor da ESTIPULANTE.

2.2.2. Pessoas físicas inscritas no quadro social da CAU/PI.

2.2.3. ASSOCIADO DEPENDENTE:

2.2.3.1. Poderá aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau, na **linha descendente**, até no máximo 32 anos de idade, bem como de parentesco consanguíneo e até o segundo grau e parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

2.2.3.2. Equipara-se ao cônjuge a companheira que comprove união estável através de contrato ou termo registrado em cartório com o contratante familiar, conforme lei civil;

2.2.3.3. Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos com menos de 12 (doze) anos.

3. DAS OBRIGAÇÕES DA CAU/PI

Constituem obrigações da CAU/PI:

3.1. Informar à ADMINISTRADORA toda e qualquer modificação no vínculo profissional, classista ou setorial (i) dos beneficiários que, eventualmente, os façam perder a condição de elegibilidade prevista na Resolução 195/2009 e/ou outras da ANS; (ii) bem como da cessão do vínculo de associação/filiação de tais Beneficiários.

3.2. Responder os questionamentos e consultas formulados pela ADMINISTRADORA quanto à regularidade do vínculo dos Beneficiários Titulares e quanto à eventual inclusão ou exclusão de Beneficiários.

3.3. Permitir aos profissionais da ADMINISTRADORA o acesso às suas dependências, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os

procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do presente TERMO DE COOPERAÇÃO.

- 3.4. Responsabilizar-se pela veracidade das informações prestadas e observar as condições pactuadas nos anexos deste TERMO DE COOPERAÇÃO.
- 3.5. Comprovar a sua legitimidade para disponibilizar aos seus associados/filiados Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão.
- 3.6. Comprovar a condição de elegibilidade dos Beneficiários aos benefícios aqui previstos, responsabilizando-se junto às operadoras ou seguradoras pela confirmação de que os titulares mantêm o vínculo com a CAU/PI, e que somente estes e seus dependentes terão acesso aos benefícios objeto do presente TERMO DE COOPERAÇÃO;
- 3.7. Informar aos Beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores disponibilizados pela ADMINISTRADORA;

4. DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA

Constituem obrigações da ADMINISTRADORA:

- 4.1. Formular, propor e implantar o modelo assistencial e de gestão dos planos privados de assistência à saúde para a CAU/PI;
- 4.2. Contratar planos privados de assistência à saúde, coletivos por adesão, na condição de estipulante, a serem disponibilizados para os beneficiários da CAU/PI, assumindo os riscos decorrentes da inadimplência, com vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto, na forma da regulamentação da ANS.
- 4.3. Oferecer planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial para Beneficiários da CAU/PI;
- 4.4. Negociar, defendendo os interesses da CAU/PI e de seus Beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a:
 - a) Negociação de reajuste;
 - b) Aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados de assistência à saúde, coletivos por adesão; e
 - c) Alteração de rede assistencial.
- 4.5. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, junto aos beneficiários da CAU/PI;
- 4.6. Efetivar a cobrança das mensalidades referentes aos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial aderidos por cada Beneficiário, por delegação da CAU/PI e dos próprios Beneficiários, responsabilizando-se pelo pagamento dos serviços à(s) operadora(s) contratada(s).
- 4.7. São, ainda, obrigações da ADMINISTRADORA:
 - a) Orientar os Beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas em contrato;

- b) Exigir dos Beneficiários Titulares documento que comprove seu vínculo com a CAU/PI e, dos Beneficiários Dependentes, comprovantes de sua dependência;
- c) Proceder, por delegação da CAU/PI, a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de Beneficiários;
- d) Assegurar aos Beneficiários a prestação dos serviços objeto deste TERMO DE COOPERAÇÃO, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para substituição da operadora contratada, de forma a evitar a descontinuidade do atendimento aos Beneficiários;
- e) Apresentar os anexos a este TERMO DE COOPERAÇÃO que especifiquem as condições comerciais, os tipos de planos de saúde, suas coberturas, preços e critérios de reajuste;
 - e.1) os preços serão cobrados diretamente pela ADMINISTRADORA aos usuários titulares inscritos no plano;
- f) Informar à CAU/PI e aos Beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores disponibilizados pela ADMINISTRADORA;
- g) Disponibilizar serviços de atendimento ao Beneficiário da ADMINISTRADORA, sem prejuízo da central de atendimento das operadoras ou seguradoras com as quais a ADMINISTRADORA tenha firmado contratos para atender aos Beneficiários da CAU/PI; e
- h) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos Beneficiários.

5. DAS REGRAS E SERVIÇOS DO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL/HOSPITALAR

5.1. Dos Planos

5.1.1. A ADMINISTRADORA deverá disponibilizar aos beneficiários da CAU/PI os planos de saúde estipulados com à(s) operadora(s) constantes da Proposta Comercial parte integrante deste TERMO DE COOPERAÇÃO.

5.2. Dos Serviços

5.2.1. Os planos de saúde deverão cobrir integralmente os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, Lei 9.656/98 e suas respectivas alterações e demais normas aplicáveis.

5.3. As disposições sobre Carências, Cobertura Parcial Temporária, aproveitamento de carências no caso de troca de operadoras, Reajuste e Reequilíbrio dos Preços estarão discriminadas nos anexos, partes integrantes deste TERMO DE COOPERAÇÃO.

6. DOS PREÇOS E REAJUSTES DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

6.1. O reajuste das mensalidades dos Planos disponibilizados aos Beneficiários ocorrerá anualmente, na data do aniversário deste TERMO DE COOPERAÇÃO, e observará,

cumulativamente, no período dos 12 (doze) meses anteriores, os seguintes critérios, sem prejuízo de outros que venham a ser autorizados:

- 6.1.1. Reajuste Financeiro: de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas da operadora disponibilizada pela ADMINISTRADORA e da própria ADMINISTRADORA;
- 6.1.2. Reajuste por Sinistralidade: com a revisão da taxa de sinistralidade, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano de saúde, conforme índice calculado com base na fórmula abaixo:

$$IR = [(Ec/Mr)/0,75-1] \times 100$$

IR = índice de reajuste das mensalidades

EC = somatório das despesas médicas hospitalares e ambulatoriais dos beneficiários

MR = somatório das mensalidades efetivamente recebidas pela Administradora

6.1.3. O valor da mensalidade será modificado, caso ocorra mudança de faixa etária do Beneficiário (Titular e Dependentes), de acordo com os preços praticados na nova faixa etária alcançada, e será cobrado no mês seguinte ao aniversário do beneficiário.

6.1.4. O reajuste dos planos de assistência à saúde coletivos não está sujeito aos índices fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para planos individuais.

6.2. Sempre que houver nova regulamentação no setor, modificação substancial na política econômico-financeira, imposição por decisão judicial ou ajustes entre as partes diferentes das condições aqui pactuadas, ou mesmo quando, em 03 (três) meses consecutivos ou 06 (seis) intercalados, as despesas junto à(s) operadora(s) disponibilizada(s) pela ADMINISTRADORA ultrapassarem o índice de 70% da receita dos respectivos meses, o cálculo atuarial poderá ser revisto, aplicando-se o reajuste por sinistralidade previsto no item 6.1.2, como medida de recomposição do equilíbrio econômico-financeiro do contrato de plano de saúde;

7. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

7.1. A adesão ao benefício ofertado pela ADMINISTRADORA, a escolha de uma das operadoras e do plano de assistência à saúde por elas oferecido é voluntária e espontânea por parte de Beneficiário Titular bem como de seus dependentes legais.

7.2. Os dependentes deverão efetivar sua adesão ao mesmo plano e operadora escolhidos pelo Beneficiário Titular.

7.3. Aos novos associados, dirigentes ou funcionários, é assegurada a inclusão com os mesmos eventuais prazos de carência em conformidade com a Cláusula 02 deste TERMO DE COOPERAÇÃO e VI do Anexo deste para os usuários inscritos inicialmente no plano de saúde, desde que haja comunicação formal neste sentido, em até 30 (trinta) dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão;

Nos planos com cobertura obstétrica é assegurada a inscrição do filho natural ou adotivo do titular do plano, isento do cumprimento dos períodos de carência e da aplicação de cobertura parcial temporária para as preexistências, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

Parágrafo Único: Caso os pais possuam plano ainda em período de carência, a criança também poderá aderir ao mesmo, porém cumprirá as carências devidas para cada caso.

- 7.4. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade poderão ser inscritos e aproveitar os períodos de carência já cumpridos no TERMO DE COOPERAÇÃO, desde que sejam inscritos como USUÁRIOS no prazo de até 30 (trinta) dias da data da adoção judicial comprovada, observando-se as disposições da Cláusula VIII deste TERMO DE COOPERAÇÃO.
- 7.5. A CAU/PI poderá incluir, posteriormente, novos dependentes, inclusive filhos recém-nascidos e/ou adotivos menores de 12 (doze) anos de idade, dependendo de prévia anuência da RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, ficando os mesmos sujeitos aos prazos de carência previstos na Cláusula VI, item 6.1, e alíneas, pagando os valores vigentes na data de inclusão.
- 7.6. A solicitação de inclusão e exclusão de Beneficiários em um dos planos de Assistência Ambulatorial-Hospitalar deverá ser formulada até o 15º (décimo quinto) dia do mês e será efetivada no décimo dia do primeiro mês subsequente ao da sua solicitação. As solicitações formuladas a partir do 16 (décimo sexto) dia serão efetivadas somente no décimo dia do segundo mês subsequente ao da solicitação.
- 7.7. A exclusão de Beneficiários implica no cancelamento automático dos benefícios de que trata o presente TERMO DE COOPERAÇÃO. A exclusão do Beneficiário Titular implica na exclusão automática dos Beneficiários Dependentes. A Referida exclusão poderá ocorrer pelos seguintes motivos, independente da anuência da CAU/PI:
 - a) pela perda ou extinção do vínculo profissional, classista ou setorial dos Beneficiários com a CAU/PI; dos Beneficiários que mantenham vínculo com outras pessoas jurídicas associadas-filiadas à CAU/PI; da cessação do vínculo de associação-filiação de tais pessoas jurídicas com a CAU/PI;
 - b) pela perda da condição de dependência;
 - c) a pedido do Beneficiário Titular;
 - d) pela inadimplência do beneficiário;
 - e) conforme solicitação da CAU/PI;
 - f) pelo óbito, a partir da data de sua comunicação à ADMINISTRADORA. O óbito do Beneficiário Titular implica o cancelamento dos Beneficiários Dependentes, na forma da lei;
 - g) em caso de fraude;
 - h) em caso de rescisão de TERMO DE COOPERAÇÃO;

- i) independentemente de notificação, se o beneficiário acumular 30 (trinta) dias de inadimplência, consecutivos ou intercalados, nos últimos 12 (doze) meses.

7.8.1 Para fins de exclusão do Beneficiário, como consequência do item “i” acima, ficam as partes e os Beneficiários, de já, cientes que o disposto no parágrafo único, inciso II, da Lei 9.656/98, NÃO se aplica ao presente TERMO DE COOPERAÇÃO, uma vez que o próprio parágrafo único do aludido dispositivo se aplica apenas aos planos de saúde INDIVIDUAIS, e não coletivos;

7.8.2 A operadora/seguradora ainda poderá excluir Beneficiários, independente da anuência da CAU/PI e/ou da ADMINISTRADORA, em casos de fraude ou perda ou extinção do vínculo profissional com a CAU/PI.

7.8. No caso das exclusões acima previstas caberá ao Beneficiário Titular quitação de eventuais débitos existentes, corrigidos monetariamente pelo IGPM-FGV ou outro índice que venha substituí-lo, acrescidos de juros de 10% a.m. (dez por cento ao mês) e 2% (dois por cento) de multa sobre o débito e honorários advocatícios.

7.9. As respectivas carteiras de identificação para a utilização dos planos previsto neste TERMO DE COOPERAÇÃO deverão ser devolvidas à ADMINISTRADORA, no ato de sua exclusão, respondendo o Beneficiário Titular por todos os valores, custos, despesas, etc... que gerar utilização indevida de carteirinha não devolvida e/ou vencida.

8. DO PAGAMENTO

8.1. Neste TERMO DE COOPERAÇÃO o associado/filiado da CAU/PI que assume a condição de Beneficiário, contratando a cobertura assistencial junto à ADMINISTRADORA (assinando proposta de adesão), assume a responsabilidade total do pagamento do boleto bancário correspondente à sua mensalidade e de seus eventuais dependentes, que contemplam os custos da prestação de serviços de administração da ADMINISTRADORA.

8.2. O pagamento será efetuado através de boleto bancário, conforme valores da tabela ANEXA deste TERMO DE COOPERAÇÃO, tendo como cedente a ADMINISTRADORA e o vencimento se dará no dia 5 (cinco) de cada mês.

8.3. A ADMINISTRADORA será responsável pelo pagamento da prestação dos serviços de assistência médica-hospitalar às operadoras/seguradoras por ela disponibilizadas.

8.4. Para todos os beneficiários que aderirem aos planos aqui estipulados, o pagamento da taxa de cadastramento e implantação será obrigatório e seu valor equivalerá a 80% do valor total da primeira mensalidade. O pagamento desta taxa não exclui, substitui ou isenta o pagamento da referida primeira mensalidade, na data de início de vigência do plano de saúde. A referida taxa será restituída ao associado, em 85% do valor original, na hipótese de desistência e/ou cancelamento do plano antes de sua ativação.

9. DA INADIMPLÊNCIA



Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64.001-150
✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
🌐 www.resolveadministradora.com.br

ANS nº - 41869-2

- 9.1. O atraso no pagamento das mensalidades dos planos estipulados pela ADMINISTRADORA, por serem na modalidade COLETIVO POR ADESÃO, e não individuais ou familiares, nos termos do art. 13 da Lei 9.656/98, não está sujeito aos procedimentos de notificação prévia do usuário para fins de exclusão, sendo possível a suspensão ou exclusão mediante a simples solicitação da CAU/PI.
- 9.2. Transcorrido o prazo de 20 (vinte) dias, contados da data do vencimento do boleto emitido ao Beneficiário, a ADMINISTRADORA deverá informar à CAU/PI a aludida inadimplência, devendo esta providenciar o envio de ofício à ADMINISTRADORA, no prazo de até 10 dias, solicitando a SUSPENSÃO de cobertura ou EXCLUSÃO do referido Beneficiário, sem prejuízo da cobrança do débito junto ao Beneficiário suspenso ou excluído.
- 9.3. O valor não pago será corrigido monetariamente pelo IGPM-FGV ou outro índice que venha a substituí-lo, acrescido de 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento) ao dia e 2% (dois por cento) de multa sobre o valor do débito, acrescido dos honorários advocatícios, se houver cobrança via advogado na esfera administrativa ou judicial.

10. DA REPRESENTAÇÃO

- 10.1. Fica acordado entre as partes que a CAU/PI outorgará à RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA procuração específica para cada ato que esta realizar em seu nome.

11. PRAZO DE VIGÊNCIA E RESCISÃO

- 11.1. Este TERMO DE COOPERAÇÃO tem prazo de vigência de 36 (trinta e seis) meses, a partir da data da sua assinatura e eficácia a partir da inclusão do primeiro grupo de beneficiários, podendo ser automaticamente prorrogado por igual período, salvo se qualquer das Partes notificar a outra de sua intenção de não prorrogá-lo, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de seu vencimento ordinário ou do termo de cada prorrogação.
- 11.2. O presente TERMO DE COOPERAÇÃO poderá ser distratado a qualquer tempo mediante mútuo acordo das partes.
- 11.3. Qualquer das partes poderá rescindir motivadamente o presente TERMO DE COOPERAÇÃO, mediante notificação à outra Parte e independentemente de qualquer outro ato na data especificada no aviso de rescisão, quando qualquer um dos seguintes eventos ocorrer:
 - a) Na hipótese de descumprimento contratual, por quaisquer das partes, com relação às obrigações previstas neste TERMO DE COOPERAÇÃO ou em qualquer outro TERMO DE COOPERAÇÃO ou acordo relativo aos Planos, a Parte inocente notificará a Parte inadimplente, alertando-a para o descumprimento contratual e intimando-a a regularizar o cumprimento de sua obrigação no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, sob pena de rescisão unilateral deste TERMO DE COOPERAÇÃO pela parte notificante. Cópia da notificação de inadimplemento a

que se refere esta cláusula. Será enviada pelo representante legal da parte notificante ao representante legal da parte notificada, os quais irão discutir de boa-fé no sentido de fazer cessar o inadimplemento. Se no prazo aqui previsto a parte inadimplente não houver remediado o seu inadimplemento contratual, não cumprindo integralmente a obrigação descumprida, ou (b) ainda que tiver remediado determinado inadimplemento, descumprir de forma recorrente seus deveres ou previstas neste TERMO DE COOPERAÇÃO, a parte notificante poderá rescindir unilateralmente o presente TERMO DE COOPERAÇÃO; ou

- b) Na hipótese de haver índice de inadimplência superior a 20% do número de Beneficiários vinculados à CAU/PI;
- c) Na impossibilidade de quaisquer das partes executarem suas obrigações em razão de motivo decorrente de caso fortuito ou força maior, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, contados do recebimento da notificação que fizer à outra parte comunicando a aludida impossibilidade.

11.4. Na hipótese de o presente TERMO DE COOPERAÇÃO ser rescindido, destruído ou extinto, por qualquer motivo, os Beneficiários serão excluídos dos Planos, sendo facultado à ADMINISTRADORA, desde que atendidos os requisitos de elegibilidade dos beneficiários, realizar a migração destes para um outro convênio, ou facultada à CAU/PI a criação de um novo programa de prestação de assistência à saúde para seus associados, inclusive em relação à designação de nova estipulante.

11.5. As obrigações das Partes oriundas da Clausula 14 persistirão à rescisão ou resilição do presente TERMO DE COOPERAÇÃO.

12. DO SIGILO

As Partes obrigam-se a manter sob sigilo todas as informações obtidas, sejam elas técnicas ou empresariais que envolvam o objeto do presente TERMO DE COOPERAÇÃO. Comprometem-se, ainda, a manter sigilo de todas as informações de que vierem a tomar conhecimento em razão da execução dos programas ou planos de benefícios que envolvam o presente TERMO DE COOPERAÇÃO, sejam elas obtidas em correspondências, documentos, reuniões, ou através de quaisquer outras fontes de que tiverem acesso, à exceção de divulgação motivada por dispositivo legal ou decisão judicial.

13. DA LISTA DE ASSOCIADOS E BENEFICIÁRIOS POTENCIAIS

As informações cadastrais das pessoas vinculadas à CAU/PI e de seus respectivos dependentes serão utilizadas pela ADMINISTRADORA única e exclusivamente para o cumprimento do objetivo do presente TERMO DE COOPERAÇÃO. As referidas informações cadastrais só poderão ser utilizadas para outros fins com autorização prévia da CAU/PI.

14. RELACIONAMENTO ENTRE AS PARTES



Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64.001-150
✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
🌐 www.resolveadministradora.com.br

- 14.1. Nada neste TERMO DE COOPERAÇÃO deverá criar ou vir a criar entre as Partes ou qualquer terceiro uma relação de representação em sentido pleno, de sociedade ou parceria entre as Partes ou qualquer de seus agentes ou representantes, salvo aquelas estritamente aqui mencionadas.
- 14.2. A Parte que, pela execução irregular ou inexecução do presente TERMO DE COOPERAÇÃO, por seus prepostos, empregados, agentes ou funcionários, causar dano material ou moral para a outra Parte ou terceiros, responderá pela indenização correspondente bem como por qualquer reclamação, pedido, ação ou despesa decorrente daquele comportamento.
- 14.3. Em qualquer reclamação, ação ou processo judicial, arbitragem, mediação ou outro procedimento, em que se discuta a suposta violação de direitos de terceiros em conexão com este TERMO DE COOPERAÇÃO, seja de que natureza for, a Parte responsável, no limite de suas obrigações contratuais as suas expensas, deverá defender-se, bem como seus prepostos, empregados, agentes e funcionários.
- 14.4. As Partes desde já ajustam que não existirá entre elas qualquer solidariedade quanto aos encargos sociais, obrigações trabalhistas e previdenciárias para com os empregados de outra parte, cabendo a cada uma assumir, de forma exclusiva, todos os ônus advindos de suas próprias relações empregatícias.

15. MARCAS E NOMES COMERCIAIS

Através do presente TERMO DE COOPERAÇÃO fica pactuado que é VEDADO às partes, por si ou seus prepostos, a utilizarem os nomes comerciais, marcas registradas, marcas de serviços, logotipos e outras expressões de identificação da outra parte, qualquer que seja a finalidade proposta, sob pena de se constituir motivo ensejador de rescisão contratual imediata.

16. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 16.1. Este TERMO DE COOPERAÇÃO e seus anexos constituem o único e integral acordo entre as Partes, com relação ao objeto nele estipulado e supera todos os contratos, entendimentos, representações e negociações anteriores entre as partes no que tange ao objeto deste TERMO DE COOPERAÇÃO.
- 16.2. A tolerância de qualquer das Partes ao descumprimento de qualquer das cláusulas deste TERMO DE COOPERAÇÃO não implicará ou constituirá renúncia ao direito assegurado pela aludida cláusula, nem a qualquer outro direito assegurado por qualquer outra cláusula, nem tampouco constituirá essa renúncia em novação total ou parcial dos termos deste TERMO DE COOPERAÇÃO, ou sequer tolerância quanto a prazos, a menos que de outro modo seja expressamente acordado.
- 16.3. O presente TERMO DE COOPERAÇÃO obriga as Partes e seus respectivos sucessores e cessionários.
- 16.4. Qualquer aviso, notificação, solicitação ou comunicação relativa ao presente TERMO DE COOPERAÇÃO, inclusive para prestar ou receber informações, deverão

ser feitas por escrito e deverão ser consideradas devidamente feitas, quando entregues pessoalmente ou enviadas por correio (com Aviso de Recebimento) ou enviadas por telegrama, fac-símile ou por outro meio, com prova de recebimento, para os respectivos representantes, localizados nos endereços indicados no início do presente instrumento.

- 16.4.1. As Partes se obrigam a atualizar os seus respectivos endereços e pessoas de TERMO DE COOPERAÇÃO acima indicados, mediante comunicação por escrito feita à outra Parte.
- 16.5. Qualquer alteração no presente TERMO DE COOPERAÇÃO somente será válida se feita por escrito e após assinada por ambas as Partes.
- 16.6. Este TERMO DE COOPERAÇÃO é regido pelas leis da República Federativa do Brasil.
- 16.7. As Partes elegem o foro de Teresina com renúncia a qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir as questões oriundas da execução do presente TERMO DE COOPERAÇÃO.

E, POR ESTAREM ASSIM JUSTAS E ADMINISTRADORAS, as Partes assinam o presente TERMO DE COOPERAÇÃO, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas.

Teresina, 30 de dezembro de 2020.

CAU/PI

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO ESTADO DO PIAUÍ – CAU/PI

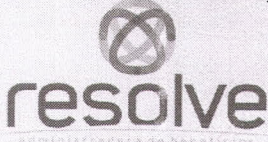
WELLINGTON CARVALHO CAMARCO
PRESIDENTE

ADMINISTRADORA
RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

SARA JAMES DA SILVA MENESES
SÓCIA ADMINISTRADORA

TESTEMUNHA 01: Socorro de Abania Soares Magalhães
NOME: Socorro de Abania Soares Magalhães; RG: 672-994; CPF: 287.905.783-59

TESTEMUNHA 02: [Handwritten Signature]



Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64101-150
✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
🌐 www.resolveadministradora.com.br

ANS nº - 41869-2

NOME: DIEGO ALENCAR DA SILVA; RG: 2034225; CPF: 658.828.813-15

ANEXO I

TERMO DE COOPERAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

Este Anexo especifica o Plano a que adere a CAU/PI por estipulação da RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIO LTDA.

CLÁUSULA PRIMEIRA – CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 O Plano se estabelece sob as seguintes condições:

- a) **ESPÉCIE DE PLANO** – TERMO DE COOPERAÇÃO de Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão;
- b) **ESTIPULANTE** – Resolve Administradora de Benefícios LTDA, registrada na ANS sob o número 41869-2 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- c) **PESSOA JURÍDICA ADERENTE** – CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO ESTADO DO PIAUI – CAU/PI, inscrita no CNPJ sob o nº 14.882.936/0001-06, com sede à Rua Areolino de Abreu, 2103 – Centro – CEP 64.000-180 – Teresina/PI
- d) **OPERADORA** – Unimed Teresina – Cooperativa de Trabalho Médico, registro ANS 35335-3;
- e) **VIGÊNCIA DO PLANO** – 36 (trinta e seis) meses
- f) **QUANTIDADE DE VIDAS** – Número mínimo de vidas para a abertura da CAU/PI – 60 vidas.
- g) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetria);
- h) **ABRANGÊNCIA** – Nacional;
- i) **ASSISTÊNCIA OFERTADA** – Planos Referência, conforme os padrões e registros abaixo:

PLANO	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	REGISTRO NA ANS
UNIVIDA ESPECIAL EMPRESARIAL	APARTAMENTO	473303157
UNIMULT ESPECIAL EMPRESARIAL	APARTAMENTO	473301151
UNIMULT BÁSICO EMPRESARIAL	ENFERMARIA	473305173

- i.1) O Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;
- i.2) Os Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada e Padrão de Acomodação Hospitalar conforme condições da Unimed Teresina.

CLÁUSULA SEGUNDA – MODALIDADE DE ATENDIMENTO



Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64101-150
✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
🌐 www.resolveadministradora.com.br

ANS nº-41869-2

2.1. Atendimento Ambulatorial:

2.1.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

2.1.2. Os USUÁRIOS da CAU/PI terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos constantes no **Rol de Procedimentos – Plano Ambulatorial – definida pela ANS/MS, quando solicitados pelo médico assistente, observados os critérios específicos e atualizações estabelecidos por meio de disposições normativas (Incluídos seus Anexos);**

2.1.3. Nos casos de transtornos psiquiátricos, os USUÁRIOS da CAU/PI terão direito à psicoterapia de crise, de até 12 sessões, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais médicos cooperados da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de urgência e emergência e sendo limitada a 40 (quarenta) sessões por ano de TERMO DE COOPERAÇÃO.

2.1.4. As consultas/sessões realizadas com os seguintes profissionais de saúde serão limitadas por ano de TERMO DE COOPERAÇÃO conforme as seguintes diretrizes, que poderão ser alteradas pela ANS:

- a) Nutricionista até o limite de 12 (doze);
- b) Terapeuta Ocupacional até o limite de 12 (doze);
- c) Psicólogo até o limite de 40 (quarenta);
- d) Fonoaudiologia até o limite de 24 (vinte e quatro),

Parágrafo único: As consultas/sessões realizadas pelos profissionais citados neste item deverão sempre ser prescritas por médico cooperado.

2.1.5. Cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

2.2. Atendimento de Urgência e de Emergência

2.2.1. Nos casos de urgência ou emergência, os USUÁRIOS da CAU/PI poderão obter atendimento junto aos serviços contratados pela UNIMED TERESINA, na modalidade prevista neste TERMO DE COOPERAÇÃO, devendo para tanto, identificarem-se como USUÁRIOS, apresentando a carteira/cartão de identificação válida.

2.2.1.1. São casos de emergência os que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o USUÁRIO, caracterizado por declaração do médico assistente. São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, com risco de agravos à saúde, caracterizado por declaração do médico assistente.

2.2.2. A cobertura para acidentes de trabalho não desobriga as empresas a seguirem as demais normas vigentes, sobretudo aquelas relacionadas à responsabilidade do empregador em relação à saúde ocupacional de seus empregados. Assim, conforme consta na Resolução Normativa RN nº 7 do Ministério do Trabalho, a manutenção de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, bem como a realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais são de responsabilidade do empregador e devem ser estabelecidos de maneira independente dos planos de saúde, nos casos em que as empresas ofereçam esse tipo de benefício a seus empregados. Nesse sentido, para fins de cobertura assistencial mínima obrigatória estabelecida pelo Rol ANS, entende-se como saúde ocupacional o

tratamento de doenças profissionais como lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), bem como o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho.

2.2.3. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que implicam risco de vida ou de danos físicos para o USUÁRIO ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

2.2.4. O USUÁRIO que, por qualquer motivo, encontrar-se fora da área geográfica de abrangência deste TERMO DE COOPERAÇÃO poderá utilizar os recursos contratados, exclusivamente, nos casos de urgência ou emergência, através da UNIMED da localidade, **respeitadas as normas operacionais e peculiaridades de cada operadora de saúde**, devendo para tanto identificar-se como USUÁRIO, apresentando a carteira/cartão de identificação válida.

Parágrafo Único: Os usuários deverão utilizar hospitais diretamente credenciados pela sua operadora ou que fazem parte de sua rede credenciada por meio de outras UNIMED's que utilizem a tabela (s) usualmente aplicada à todas as UNIMED's.

2.2.5. Em casos de urgência ou emergência, quando se demonstrar que o USUÁRIO da CAU/PI não teve condições de usar os serviços próprios ou contratados pelas UNIMEDS, este terá direito a reembolso da despesa decorrente, **limitado o reembolso, porém, aos valores atribuídos pela UNIMED TERESINA.**

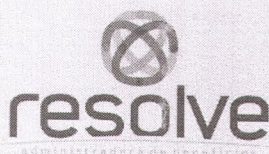
Parágrafo Único: Para o recebimento do reembolso, além das condições expressas em lei e pela ANS, será exigido que o usuário tenha contratado o serviço que o mesmo pleiteia o reembolso, que será feito com base nos valores pagos pelo plano aos seus prestadores de serviço ou rede credenciada.

2.2.5.1. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, assim considerada:

- a) Relatório do médico assistente;
- b) Conta hospitalar, com descrição dos procedimentos (exames, diárias, taxas, materiais e medicamentos) e honorários médicos;
- c) Nota fiscal dos serviços prestados e correspondente recibo de quitação.

2.2.6. Quando o atendimento de urgência/emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carências, ainda que na mesma unidade prestadora de serviço e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do USUÁRIO, não cabendo ônus à UNIMED TERESINA nem tampouco à RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

2.3. Internação Hospitalar



Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64101-150
✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
🌐 www.resolveadministradora.com.br

2.3.1. As internações serão realizadas depois de prévia autorização da UNIMED TERESINA mediante solicitação do médico assistente, por intermédio de uma guia de internação hospitalar.

2.3.2. O padrão de acomodação estará em conformidade com a opção selecionada na proposta de adesão assinada pelo beneficiário.

2.3.3. Independentemente do tipo de acomodação previsto no TERMO DE COOPERAÇÃO, inclusive UTI – Unidade de Terapia Intensiva ou similar, as internações deverão ser autorizadas pela UNIMED TERESINA, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação, observado o disposto na Cláusula IV, item 4.10.4

2.3.4. As internações clínicas e cirúrgicas abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, considerando as CONDIÇÕES NÃO COBERTAS PELO TERMO DE COOPERAÇÃO – Cláusula V.

2.3.5. O USUÁRIO poderá optar por internações hospitalares em acomodações superiores às previstas neste TERMO DE COOPERAÇÃO. Esta opção, todavia, implicará no pagamento pelo USUÁRIO das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, cujo montante será ajustado entre as partes (Usuário e Prestador), não havendo interferência ou responsabilidade da UNIMED TERESINA.

2.3.6. A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas com serviços hospitalares, serviços médicos e demais procedimentos prescritos pelo médico assistente durante o período de internação, assim discriminados:

- a) sala de cirurgia;
- b) sala de parto;
- c) serviços de enfermagem;
- d) exames complementares para diagnóstico e tratamento da doença que tenha motivado a internação, até a alta hospitalar;
- e) materiais e medicamentos, exceto os importados não nacionalizados;
- f) próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico. O fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, só terão cobertura por este TERMO DE COOPERAÇÃO, se sua utilização estiver ligada ao ato cirúrgico principal. A cobertura garante o fornecimento ou pagamento de prótese ou órtese nacional pelo menor preço disponível no mercado. Em optando o usuário por outra de maior valor, deverá arcar com a diferença de preço.
- g) As próteses e órteses serão fornecidas pela UNIMED TERESINA.
- h) anestésicos;
- i) gases medicinais;
- j) transfusão sanguínea;
- k) internações em UTI, solicitadas e justificadas pelo médico assistente, com a ciência da Auditoria Médica da Unimed;

k.1) a internação em UTI será prorrogada mediante laudo fundamentado do médico assistente, passível de análise pela Auditoria Médica da UNIMED.

l) alimentação dietética.

m) Procedimentos considerados especiais, assim relacionados: hemodiálise e diálise peritoneal CAPD; quimioterapia; radioterapia, incluindo radio moldagem, radio implante e braquiterapia; hemoterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia intervencionista; exames pré-anestésicos ou psicocirúrgicos; fisioterapia; e acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do usuário submetido a transplante de rim, córnea e medula óssea, exceto medicação de manutenção.

2.3.7. Na internação de USUÁRIO menor de 18 (dezoito) anos e maiores de 59 (cinquenta e nove) anos, fica assegurada a cobertura de despesas de acompanhante, exclusivamente, as de acomodação e alimentação fornecidas pela instituição hospitalar;

2.3.7.1. Havendo transferência do paciente para UTI ou similar, a cobertura de despesas de acompanhante, inclusive acomodação, cessará, enquanto o mesmo permanecer naquelas unidades especiais.

2.3.8. Os USUÁRIOS terão direito a transplantes de rim, córnea e autólogos de medula óssea, bem como, às despesas com seus procedimentos vinculados. Entendem-se como procedimentos vinculados:

a) Despesas assistenciais com doadores;

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico do pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) Os usuários candidatos a transplantes de rim e córnea provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNDOS, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única e seleção.

2.3.9. Fica assegurada a cobertura para analgesia em parto normal;

2.3.10. Nos casos de transtornos psiquiátricos codificados na CID 10, o presente TERMO DE COOPERAÇÃO cobre:

a) O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de TERMO DE COOPERAÇÃO, em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria psiquiátrica, em hospital geral, estando o USUÁRIO em situação de crise;

b) A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação psiquiátrica, os custos com a internação ficaram por conta do CAU/PI;

c) O disposto acima nas letras “a” e “b”, valerá para os casos de USUÁRIO da CAU/PI portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por

alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação.

2.3.11. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de TERMO DE COOPERAÇÃO, com co-participação do CAU/PI de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

2.3.12. Poderá ser estabelecido custeio parcial, se houver co-participação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas, conforme definido na **Proposta de Admissão**.

2.3.13. A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dá de acordo com as diretrizes estabelecidas e normativos vigentes.

2.4. A cirurgia plástica reparadora só terá cobertura assistencial prevista neste TERMO DE COOPERAÇÃO quando efetuada para restauração de funções e tratamento de lesões em órgãos, membros e regiões nos casos em que a ADMINISTRADORA é obrigada a prestar esta cobertura pela Lei nº 9656/98 e Resoluções da ANS.

2.5. **Terá a cobertura assistencial o recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que este consumidor possua cobertura que inclua atendimento obstétrico.**

2.6. O USUÁRIO da CAU/PI utilizará para realização dos atendimentos mencionados acima, a rede básica do local onde será prestado o atendimento e que esteja disponível para o intercâmbio da Unimed Teresina.

CLÁUSULA III - DO PLANO

3.1. Os serviços previstos neste TERMO DE COOPERAÇÃO serão prestados, exclusivamente, na área de atuação da UNIMED TERESINA, conforme área de abrangência geográfica escolhida pelo USUÁRIO da CAU/PI (NACIONAL ou ESTADUAL), excetuado os procedimentos estabelecidos na Cláusula II, item 2.2.4.

3.2. O Plano oferece internação hospitalar, em enfermaria ou apartamento, de acordo com a opção formalizada pelo USUÁRIO DA CAU/PI na sua **Proposta de Admissão**, observadas as peculiaridades do padrão de conforto de cada estabelecimento credenciado.

3.3. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da UNIMED TERESINA, nos moldes contratados, é garantido acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional.

3.4. No caso de mudança, sem interrupção das obrigações contratuais, para plano com maior cobertura e/ou maior quantidade de serviços, todo usuário (seja titular ou dependente) deverá cumprir as carências previstas no novo plano, relativas aos serviços que não estiverem aqui relacionados e aos que excederem, em quantidade, aos previstos neste instrumento.

3.4.1 Os direitos contratuais adquiridos no plano anterior, através das carências já cumpridas, e dentro de seus limites, poderão ser utilizados durante a vigência das carências do novo Plano.

CLÁUSULA IV - MODALIDADE DE ATENDIMENTO

4.1. A UNIMED TERESINA, para fins de atendimento, expedirá carteira/cartão de identificação aos USUÁRIOS da CAU/PI, contendo as informações necessárias para facilitar o atendimento.

4.2. Os serviços e outros atendimentos, objeto da contratação, serão prestados unicamente aos USUÁRIOS da CAU/PI inscritos, desde que portadores da carteira/cartão de identificação dentro do prazo de validade.

4.3. Excetuando-se consultas médicas e exames ambulatoriais de rotina (laboratoriais e raio X simples), os demais serviços serão prestados mediante autorização prévia da UNIMED TERESINA.

4.4. Fica inequivocamente ajustado que as carteiras/cartões de identificação expedidas pela UNIMED TERESINA em função das obrigações do presente TERMO DE COOPERAÇÃO são de propriedade exclusiva da UNIMED, obrigando-se a CAU/PI a devolvê-las no caso de rescisão contratual.

4.5. Em caso de perda, roubo ou dano à carteira/cartão de identificação do usuário, a CAU/PI se obriga a informar imediatamente o fato à UNIMED TERESINA.

4.6. A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade exclusiva da CAU/PI, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida certa e exigível caracterizando título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

4.6.1. Nos casos de perda, roubo ou extravio, a responsabilidade do USUÁRIO DA CAU/PI cessará a partir da apresentação do Boletim de Ocorrência Policial na sede da RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.

4.7. A UNIMED TERESINA, através da administradora de benefícios estipulante, fornecerá aos USUÁRIOS, no ato da assinatura do TERMO DE COOPERAÇÃO, o livro com a relação dos médicos cooperados e seus endereços, bem como das clínicas especializadas, hospitais e laboratórios, glossário de termos técnicos e médicos utilizados e material explicativo, um Guia Médico.

4.8. O usuário deverá dirigir-se aos consultórios particulares dos médicos cooperados, laboratórios, estabelecimentos hospitalares, serviços radiológicos ou clínicas de sua escolha, dentre os credenciados, **munido do seu cartão magnético Unimed Teresina, carteira de identidade civil e comprovante de pagamento atualizado da mensalidade do plano.**

4.9. Na ocorrência de atraso de pagamento, não superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não o usuário deverá comparecer à sede da RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS para obter autorização de atendimento.

4.10. INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64101-150
✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
🌐 www.resolveadministradora.com.br

ANS nº - 41869-2

4.10.1. A internação hospitalar será processada mediante apresentação da “Guia de Internação” expedida pela UNIMED TERESINA, com “Pedido de Internação” preenchido pelo médico cooperado, carteira/cartão de identificação da UNIMED válida e identidade civil.

4.10.2. Para os casos de urgência e/ou emergência, o usuário ou responsável terá até o primeiro dia útil seguinte ao da hospitalização para providenciar a "Guia de Internação", na sede da UNIMED TERESINA.

4.10.3. Decorrido o prazo acima estabelecido, sem o cumprimento da obrigação, à UNIMED TERESINA se reserva o direito de não custear os serviços realizados, que ficarão a cargo exclusivo da CAU/PI.

4.10.4 A Guia de Internação será fornecida por período limitado, sendo prorrogável, mediante laudo fundamentado do médico assistente, passível de análise pela Auditoria Médica da UNIMED TERESINA.

4.10.5. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de responsabilidade do USUÁRIO DA CAU/PI, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

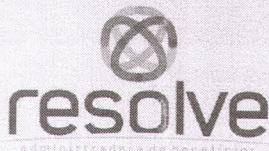
4.10.6. Por garantir, o presente TERMO DE COOPERAÇÃO, cobertura em Rede Básica do sistema Unimed, não serão autorizadas internações em hospitais praticantes de Tabela Própria (Rede Especial) e de Alto Custo, ou custos diferenciados (Rede Master), informando que, ainda que existam hospitais praticantes de Tabela Própria e de Alto Custo conveniados à algumas Unimed's, tais hospitais somente estão autorizados a prestar serviços à usuários aderentes de produtos/planos diferenciados, que em decorrência de seus valores mais elevados garantem cobertura em Rede Especial e em Rede Master.

Parágrafo Único – A exemplo de Hospitais de Tabela Própria e de Alto Custo, importa citar: Hospital Israelita Albert Einsten (SP); Hospital Sírio Libanês (SP); Hospitais e Maternidades São Camilo; Hospital e Maternidade Santa Joana; Hospitais Santa Isabel; Hospital Professor Edmundo Vasconcelos; Beneficência Portuguesa; Hospital A. C. Camargo; Hospital Nossa Senhora de Lourdes; Hospital Santa Paula; Hospital da Criança; Hospital Santa Catarina; Hospitais e Maternidades São Luiz; Hospital Samaritano; Hospital Nove de Julho; Pronto Socorro Infantil Sabará; Hospital do Coração; Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Moinhos de Vento (RS); Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, entre outros.

4.10.7. A UNIMED TERESINA proporcionará ao seu usuário remoção, aérea e/ou terrestre, inter hospitalar, comprovadamente necessária, conforme parecer do médico responsável pelo paciente e da equipe médica responsável pelo traslado, dentro da abrangência geográfica prevista no TERMO DE COOPERAÇÃO, desde que atendidas as exigências contratuais e critérios técnicos aeromédicos vigentes, bem como as obrigações impostas pela ANS.

ANS nº- 41869-2

CLÁUSULA V - CONDIÇÕES NÃO COBERTAS PELO TERMO DE COOPERAÇÃO



Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64101-150
✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
🌐 www.resolveadministradora.com.br

- 5.1. Atendimento domiciliar de qualquer natureza;
- 5.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definidos pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Câmara Técnica Especializada ou pelo Conselho Federal de Odontologia, também sendo considerado como experimental aqueles tratamentos que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados / não regularizados no país ou cujas indicações não constem da bula / manual registrado na ANVISA (uso *off-label*);
- 5.3. Serviços prestados por médico não cooperado ou estabelecimento não credenciado;
- 5.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive dermo lipectomia e mamoplastia, bem como órteses e próteses para o mesmo fim. Compreende-se aqui aqueles procedimentos que não visam restauração parcial ou total da função do órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, salvo a cirurgia de gastroplastia para portadores de obesidade mórbida com IMC igual ou superior a 40Kg/m² na forma do Anexo II da Resolução Normativa n° 167/2008 da ANS;
- 5.5. Inseminação artificial ou fertilização *in vitro*;
- 5.6. Tratamento ou cirurgia para promover ou corrigir esterilidade, salvo a inserção do DIU, a vasectomia e a ligadura tubária;
- 5.7. Serviços, tratamentos e exames não disponíveis na área geográfica do TERMO DE COOPERAÇÃO e/ou na Tabela de Honorários utilizada pela operadora, na data da assinatura do TERMO DE COOPERAÇÃO;
- 5.8. As internações em hospitais que atendam exclusivamente com tabelas próprias ou diferenciadas, cujos valores ultrapassem os praticados pela UNIMED TERESINA com os demais prestadores.
- 5.9. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, clínica de repouso, estâncias hidrominerais e internações que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.10. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- 5.11. Fornecimento de medicamentos, insumos ou produtos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- 5.12. Fornecimento de Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico principal;
- 5.13. Fornecimento de Próteses e órteses importadas;
- 5.14. Implantes e procedimentos odontológicos, exceto os dispostos nos incisos VIII e IX do art. 21 da Resolução Normativa n°. 338 da ANS e suas alterações;
- 5.15. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim considerado pelo Conselho Federal de Medicina ou suas sub-seccionais sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.16. Atendimento em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.17. Aviamento de óculos e lentes de qualquer natureza não ligadas ao ato cirúrgico principal;
- 5.18. Dermo lipectomia, exceto para a correção do abdome em avental após tratamento cirúrgico de obesidade mórbida pela operadora, em conformidade com as normas da ANS;
- 5.19. Mamoplastia;

- 5.20. Remoção de pacientes fora da área geográfica da cobertura assistencial prevista neste TERMO DE COOPERAÇÃO;
- 5.21. Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade do usuário, sem imperativo de ordem médica;
- 5.22. Remoção para realização de exame, em níveis ambulatorial ou hospitalar;
- 5.23. Enfermagem em caráter particular na residência ou em hospital;
- 5.24. Doenças ou lesões, e suas sequelas preexistentes à assinatura deste TERMO DE COOPERAÇÃO, de acordo com as disposições legais e contratuais pertinentes;
- 5.25. Transplantes, salvo rins, córnea e autólogos de medula óssea;
- 5.26. Serviços ou tratamento de qualquer espécie feitos por médico não cooperado ou estabelecimento não credenciado pela ADMINISTRADORA;
- 5.27. Permanência hospitalar após a alta médica;
- 5.28. Vacinas ou medicamentos, salvo nos casos de internação;
- 5.29. Tratamento para corrigir mau formação congênita e suas consequências, exceto para os filhos nascidos na vigência deste TERMO DE COOPERAÇÃO ou após o cumprimento das carências;
- 5.30. Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos em internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.31. Despesas extraordinárias do usuário e/ou de acompanhante diversa da hipótese de refeição prevista neste TERMO DE COOPERAÇÃO nos casos de internação hospitalar;
- 5.32. Cirurgias refrativas de grau inferior a 5 (cinco) dioptrias;
- 5.33. Tratamento não previsto expressamente no Rol de Procedimentos do MS/ANS;
- 5.34. Materiais, medicamentos, insumos ou produtos não aprovados ou reconhecidos pela ANVISA;
- 5.35. Fisioterapia domiciliar;
- 5.36. Vacinas de qualquer natureza.

CLÁUSULA VI – CARÊNCIAS

- 6.1. Os prazos, a partir dos quais serão efetivamente prestados os serviços previstos neste TERMO DE COOPERAÇÃO, após o pagamento da 1ª (primeira) mensalidade, são:
- 24 horas para acidentes pessoais;
 - 30 (trinta) dias para consultas e exames simples;
 - 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas, bem como para os tratamentos realizados durante a internação.
 - 180 (cento e oitenta) dias para os casos de cirurgias eletivas hospitalares, exames especiais, tomografia computadorizada, ressonância magnética, internações clínicas e cirúrgicas, hemodinâmicas, diatermia, litotripsia, quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise em regime hospitalar;
 - 180 (cento e oitenta) dias para os casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
 - 300 (trezentos) dias para partos a termo;
 - 24 (vinte e quatro) meses para internações e tratamentos de doenças e lesões preexistentes.

6.2. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade do USUÁRIO CAU/PI.

6.3. O USUÁRIO DA CAU/PI terá direito a requerer transferência de um tipo contratual para outro, desde que não haja interrupção das obrigações contratuais.

6.3.1. Quando ocorrer a transferência do Tipo A para o Tipo B, o USUÁRIO DA CAU/PI passará a pagar a nova mensalidade e se submeterá às carências com relação ao novo tipo, obedecendo os prazos ajustados na Cláusula VI, item 6.1, ressalvados seus direitos, porém, relativamente aos serviços previstos no tipo de origem.

6.3.2. A transferência do Tipo B para o Tipo A só poderá ser requerida após a permanência do USUÁRIO no tipo de origem, por período igual ao da maior carência do TERMO DE COOPERAÇÃO. Caso não se tenha registrado qualquer internação no prazo referido, a transferência poderá ser automática, a partir do primeiro dia do mês subsequente à data do pedido da CAU/PI junto à ADMINISTRADORA

6.3.3. O usuário do Plano Empresa firmado com a UNIMED TERESINA, em caso de rescisão do seu contrato de trabalho, independentemente dos benefícios estatuídos pelo Art. 30, da Lei 9.656/98, poderá optar pelo Plano Família/Individual. Obedecidas as condições abaixo, será aproveitada a proporcionalidade das carências já cumpridas no Plano anterior:

- a) O titular no contrato do Plano Empresa deverá ser o titular no contrato do Plano Família;
- b) O contrato individual deverá ser semelhante ao plano da empresa;
- c) O titular e seus dependentes deverão se inscrever no Plano Família até 30 (trinta) dias após a data da sua rescisão trabalhista;
- d) A 1ª (primeira) mensalidade deverá ser paga no ato da assinatura do novo contrato;
- e) O usuário que optar por tipo de plano diferente do que tinha na Empresa estará sujeito às carências previstas no novo contrato.

6.4. Não se transmitirão os prazos de carência já cumpridos por um usuário para outro, mesmo que haja dependência entre eles, exceto na hipótese prevista no item 7.3. e 7.4. do TERMO DE COOPERAÇÃO do qual este anexo é parte integrante.

CLÁUSULA VII – DAS DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

7.1. As doenças e lesões preexistentes são aquelas que o usuário, ou seu responsável, sabe ser portador ou sofredor, à época da assinatura deste TERMO DE COOPERAÇÃO.

7.2. A critério da UNIMED TERESINA o usuário se submeterá à entrevista qualificada e avaliação médica, devolvendo preenchido, à ADMINISTRADORA, o formulário de Declaração de Saúde, antes por esta fornecido.

7.3. Caso o USUÁRIO da CAU/PI venha a optar por ser orientado por médico não cooperado, poderá fazê-lo desde que assumo todo o ônus.

7.4. O usuário é obrigado a informar à RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS no ato da sua inclusão e dos seus dependentes, a condição sabida de lesão ou doença preexistente, antes da assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude e submeter-se-á à rescisão contratual, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.

7.4.1. As doenças e lesões preexistentes terão cobertura contratual desde que seja incluído agravo ou cobertura parcial temporária, por prazo não superior a 24 (vinte e quatro) meses, de acordo com a opção manifestada pelas partes na **Proposta de Adesão**.

7.4.2. Às crianças nascidas de parto coberto pela UNIMED TERESINA, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente.

7.5. À UNIMED TERESINA reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete(m) cada usuário e a ciência prévia da CAU/PI.

CLÁUSULA VIII – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

8.1. Neste TERMO DE COOPERAÇÃO o associado/filiado do CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO ESTADO DO PIAUI – CAU/PI, vinculado ao plano de saúde contratado através da Resolve Administradora de Benefícios LTDA, assume a responsabilidade total do pagamento dos boletos bancários, que contemplam os valores correspondentes às inscrições e mensalidades, previstas na **Proposta de Adesão**, com vencimento no dia 05 (cinco) de cada mês, de acordo com as faixas etárias abaixo:

NACIONAL APARTAMENTO UNIVIDA ESPECIAL	
FAIXA ETÁRIA	CAU/PI
00 - 18	R\$ 255,88
19 - 23	R\$ 395,59
24 - 28	R\$ 428,03
29 - 33	R\$ 475,08
34 - 38	R\$ 531,75
39 - 43	R\$ 610,19
44 - 48	R\$ 701,10
49 - 53	R\$ 786,32
54 - 58	R\$ 1.128,38
59 ACIMA	R\$ 1.259,48

ESTADUAL APARTAMENTO UNIMULT ESPECIAL	
FAIXA ETÁRIA	CAU/PI
00 - 18	R\$ 168,53
19 - 23	R\$ 210,66
24 - 28	R\$ 298,21
29 - 33	R\$ 334,01
34 - 38	R\$ 366,16
39 - 43	R\$ 421,81
44 - 48	R\$ 539,52
49 - 53	R\$ 558,78
54 - 58	R\$ 932,22
59 ACIMA	R\$ 1.003,93

ESTADUAL ENFERMARIA UNIMULT BÁSICO	
FAIXA ETÁRIA	CAU/PI

Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64.201-150
✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
🌐 www.resolveadministradora.com.br

00 - 18	R\$ 157,97
19 - 23	R\$ 197,81
24 - 28	R\$ 282,16
29 - 33	R\$ 314,71
34 - 38	R\$ 346,10
39 - 43	R\$ 399,35
44 - 48	R\$ 507,22
49 - 53	R\$ 524,70
54 - 58	R\$ 807,31
59 ACIMA	R\$ 942,30

8.2. Havendo mudança de faixa etária, a mensalidade será alterada, automaticamente, de acordo com a tabela de preços prevista no item anterior, devidamente atualizada;

8.3. A **Proposta de Admissão ou de Adesão, intermediada pela Resolve Administradora de Benefícios LTDA**, é o documento validado pela UNIMED TERESINA, preenchido pelo ASSOCIADO, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições financeiras do TERMO DE COOPERAÇÃO, entre outras;

CLÁUSULA IX – DAS REMOÇÕES AÉREA E TERRESTRE

9.1. Os usuários da UNIMED TERESINA e seus dependentes legais regularmente inscritos, após a carência especial exigida, poderão utilizar o Transporte Terrestre por ambulância da Unimed ou do nosocômio onde esteja internado ou transporte aeromédico realizado por aeronaves configuradas e homologadas pela Agência Nacional de Aviação Civil, **exclusivamente na área de abrangência do TERMO DE COOPERAÇÃO, e tão somente para remoção inter hospitalar, de um hospital que não apresente as condições necessárias para a continuidade do tratamento, para outro credenciado mais próximo, que reúna as condições necessárias para continuidade do tratamento, mediante a apresentação de laudo médico submetido à auditoria médica da operadora, nas patologias abaixo relacionadas:**

“Aneurisma abdominal roto; aneurisma torácico roto, bloqueio atrioventricular; choque cardiogênico; acidente vascular cerebral hemorrágico; acidente vascular cerebral hemorrágico isquêmico; aneurisma cerebral; traumatismo crânio encefálico; traumatismo da coluna; hemorragia intracerebral; embolia pulmonar; pneumotórax; insuficiência respiratória aguda; hemorragia gastrointestinal (úlceras duodenal gástrica associada à hemorragia); obstrução intestinal; varizes esofágicas sangrantes; apendicite aguda; colecistite aguda; pancreatite aguda; pielonefrite aguda; septicemia aguda; traumatismo de tórax; traumatismo de abdômen; fratura de colo de fêmur; politraumatismo; insuficiência renal aguda; coma diabético; cetoacidose diabética; infarto agudo do miocárdio; pericardite aguda; endocardite aguda; edema agudo do

ANS nº- 41869-2

pulmão e grandes queimados conforme parecer médico da ADMINISTRADORA.” Esta relação de patologias é exaustiva, uma vez que foram previamente entabuladas no TERMO DE COOPERAÇÃO de remoção aérea.

9.2. A carência para utilização da remoção é de 180 (cento e oitenta) dias;

9.3. A remoção terrestre não possui cobertura para remoção de paciente de uma unidade hospitalar onde esteja internado para realização de exame em outro hospital, laboratório ou clínica especializada, devendo tal ônus ser da unidade hospitalar.

9.4. Na hipótese de remoção terrestre, os responsáveis pelo paciente deverão constituir profissional ou equipe médica ou congênera para acompanhar o traslado do paciente até o outro hospital.

CLÁUSULA X – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

10.1.1. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste TERMO DE COOPERAÇÃO será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela UNIMED TERESINA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surtam efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência;

10.1.2. O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CAU/PI e esta, por sua vez, comunicará à UNIMED TERESINA;

10.1.3. O valor a ser cobrado para a confecção de outra via do cartão será de R\$ 30,00 (trinta reais), com possibilidade de reajustes;

10.1.4. Cessa a responsabilidade da CAU/PI a partir da comunicação oficial do extravio do cartão de identificação.

10.2. DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

10.2.1. Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas, exames ambulatoriais de rotina (laboratoriais e raio-x simples) e os casos caracterizados como urgência e emergência;

10.2.2. O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da UNIMED TERESINA;

10.2.3. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela UNIMED TERESINA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID;

10.2.4. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu em sua RN 259/2011 os prazos máximos para atendimento ao beneficiário, após a carência:

ATENDIMENTO	PRAZOS APÓS A CARÊNCIA
Urgência e Emergência	Imediato
Diagnóstico de análises clínicas em ambiente ambulatorial	3 dias úteis
Demais diagnósticos e terapias em ambiente ambulatorial	10 dias úteis
Consultas em clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgião dentista	7 dias úteis
Consulta nas demais especialidades médicas	14 dias úteis
Consulta/sessão com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapia, atendimento em hospital-dia	10 dias úteis
Procedimento de alta complexidade (de acordo com rol ANS) e internação eletiva	21 dias úteis
Consulta de retorno	A critério do profissional

10.3. DA JUNTA MÉDICA:

10.3.1. A UNIMED TERESINA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados;

10.3.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da UNIMED TERESINA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados;

10.3.3. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

10.4. DOS SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA:

10.4.1. A disponibilização da relação dos médicos e cooperados e seus endereços, bem como de clínicas especializadas, hospitais e laboratórios, será disponibilizada via Guia Médico ou através do *site* www.unimedteresina.com.br ou ainda via aplicativo Unimed Teresina.

Parágrafo único. Deverão ser obedecidas as regras que disciplinam o atendimento: os beneficiários com 60 (sessenta) anos ou acima, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

10.5. DA COPARTICIPAÇÃO


resolve
 administradora de benefícios

Rua Treze de Maio, 527 | Sala A/B | Centro/Sul | Teresina/PI | CEP 64.001-150
 ✉ resolveadm@resolveadministradora.com.br ☎ 86 3085.2160
 🌐 www.resolveadministradora.com.br

ANS nº. 41869-2

10.5.1. A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à Administradora de Benefícios ADMINISTRADORA, que por sua vez, a repassa para a UNIMED TERESINA, após a realização dos procedimentos e nas condições abaixo (Anexo II da RN 100/2005 da ANS).

10.5.2. Nas contratações com a modalidade de coparticipação, os atendimentos serão realizados mediante participação financeira de 10% (quinze por cento) do custo das consultas em consultório e pronto socorro, dos exames e de todos os demais serviços/procedimentos realizados em regime ambulatorial, incluindo os eventuais gastos com materiais, medicamentos, diárias e taxas, essas quando referentes ao estado de observação limitado até as 12 (doze) primeiras horas.

10.5.3. Nas contratações com a modalidade de coparticipação, os valores a título de participação financeira serão cobrados juntamente com a mensalidade e serão estipulados no ato da contratação entre os assosciados/filiados/usuários e a Administradora de Benefícios ADMINISTRADORA, através de indicação específica na Proposta de Adesão, de acordo com o normativo da ANS vigente à época.

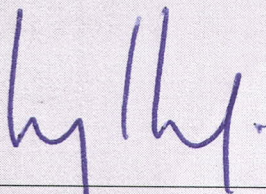
10.5.4. Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

CLÁUSULA XI – DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1. O presente TERMO DE COOPERAÇÃO e seus anexos poderão sofrer alterações e modificações mediante a lavratura de termos aditivos, que serão firmados entre as partes;

11.2. No caso de controvérsia fica eleito o foro da comarca de Teresina para conhecer de qualquer litígio decorrente deste TERMO DE COOPERAÇÃO, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou venha a ser.

Teresina, 30 de dezembro de 2020.



CAU/PI

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO ESTADO DO PIAUI – CAU/PI

WELLINGTON CARVALHO CAMARCO
PRESIDENTE

ANS nº 41869-2

Sara James da Silva Menezes
ADMINISTRADORA

RESOLVE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

SARA JAMES DA SILVA MENESES
SÓCIA ADMINISTRADORA

TESTEMUNHA 01: Socorro de Maria Soares Magalhães

NOME: [Assinatura]; RG: 672.994/PI; CPF:
287.905.703-59

TESTEMUNHA 02: [Assinatura]

NOME: DIEGO GLENIRIA SILVA; RG: 2034225; CPF:
638.828.823-15

ANS nº 41869-2