



Cuidar  
para  
transformar

## PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Por meio do presente instrumento, UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.487.255/0001-81, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 00.070-1 e classificada na modalidade Seguradora especializada em Saúde, com sede na Al. Ministro Rocha Azevedo, 366, São Paulo/SP, CEP 01410-901, doravante simplesmente denominada "SEGURADORA" apresenta a empresa abaixo qualificada a proposta de contratação, de acordo com o(s) Produto(s) contratado(s), nos parâmetros e condições descritos a seguir e nos respectivos anexos integrantes desta proposta.

### Qualificação do Estipulante

Razão Social: DOIS CORREGOS CAMARA MUNICIPAL	
Nome Fantasia: DOIS CORREGOS CAMARA MUNICIPAL	
Ramo de Atividade: 84.11-6-00	CNPJ/CAEPF: 49.883.564/0001-09
Insc. Estadual:	Insc. Municipal:

### Representante Legal

Nome: Ronaldo Aparecido Rodrigues		Cargo: PRESIDENTE
DDD:	Telefone:	*E-mail: ronaldorodrigues@doiscorregos.sp.leg.br

\*Declaro que o e-mail indicado acima pertence ao representante legal, com poderes para representar a empresa em todos os assuntos relacionados a presente contratação.

### Responsável do RH

Nome:		Cargo:
DDD:	Telefone:	**E-mail:

\*\*Declaro que o e-mail indicado acima pertence ao responsável pelo recebimento das informações da contratação do seguro saúde e guarda da senha de acesso ao Portal do Cliente - Pessoa Jurídica, declarando ciência de que a senha é conferida em caráter pessoal e intransmissível.

### Corretora (Opcional)

Nome: GESTÃO DE BENEFÍCIOS CORRETORA DE SEGUROS		Corretor Responsável: Bruna Zanusso Nascimento
DDD:	Telefone:	E-mail: brunazanusso1@gmail.com

### Endereço de Localização

Logradouro: Avenida Dom Pedro I		
Número: 455	Complemento:	Bairro: Centro
Município: Dois Corregos		UF: SP CEP: 17300-000

### Endereço de Correspondência

Logradouro: Avenida Dom Pedro I		
Número: 455	Complemento:	Bairro: Centro
Município: Dois Corregos		UF: SP CEP: 17300-000



Cuidar  
para  
transformar

## PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### Endereço Financeiro

Logradouro: Avenida Dom Pedro I		
Número: 455	Complemento:	Bairro: Centro
Município: Dois Corregos		UF: SP CEP: 17300-000
DDD:		Telefone: 1436552033
DDD:		Celular: 14981224582

### 1. Início de Vigência

☒ 01/12/2022 ☐ 10/12/2022 ☐ 20/12/2022

1.1. Os cartões de identificação serão emitidos com a mesma vigência do seguro e serão disponibilizados aos segurados de forma digital.

### 2. Elegibilidade

☐ Compulsório:

<input type="checkbox"/>	100% do FGTS (GFIP)
<input type="checkbox"/>	100% do total da categoria funcional:
<input type="checkbox"/>	100% do total da região:
<input type="checkbox"/>	100% do Plano Atual (Encampação)

☒ Facultativo

#### 2.1. Titulares (Assinalar uma ou mais opções)

<input checked="" type="checkbox"/> Empregatício	<input type="checkbox"/> Estagiários e Menores Aprendizizes	<input type="checkbox"/> Trabalhadores Temporários
<input type="checkbox"/> Sócios e Administradores	<input type="checkbox"/> Estatutário	<input type="checkbox"/> Agentes Políticos
<input type="checkbox"/> Demitidos ou Aposentados		

### 3. Planos

3.1. Para os devidos fins, o ESTIPULANTE declara que a SEGURADORA lhe ofertou previamente o plano de segmentação referência UNISEG ESSENCIAL, registrado na ANS sob o Nº 425.282/99-9, com base no §2º do art. 12 da Lei nº 9.656/98, conforme descrito na Declaração de Oferecimento do Plano Referência.

3.2. Para fins deste Seguro Saúde, são considerados como parte integrante desta proposta de contratação, o(s) Anexo(s), individualizados por produto contratado. Nos referidos anexos estão dispostas as características do(s) produto(s) livremente escolhido(s) e contratado(s) pelo ESTIPULANTE.

### 4. Número Mínimo e Máximo de Vidas para implantação e manutenção do seguro

#### 4.1. Compulsório



Cuidar  
para  
transformar

## PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

☐ 02 a 09 Vidas  
4.2. Facultativo

☐ 10 a 29 Vidas

☐ 30 a 99 Vidas

☒ 03 a 09 Vidas

☐ 10 a 29 Vidas

☐ 30 a 99 Vidas

4.3. Qualquer variação do mínimo de segurados serão respeitadas as cláusulas expressas nas Condições Gerais, em especial aquelas que versam sobre a eventual possibilidade de aplicação de carência e CPT.

### 5. Carências

5.1. Os prazos de carência deste Seguro estão definidos nas Condições Gerais de cada Produto contratado, respeitados os limites impostos pela Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas posteriores regulamentações.

### 6. Formas de contratação

6.1. Prêmio é a importância paga pelo ESTIPULANTE à SEGURADORA para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.

6.2. A forma de cobrança dos prêmios, para os segurados ativos e inativos, serão por meio de Faixa Etária.

6.3. Os valores dos prêmios conforme o(s) Produto(s) contratado(s), encontram-se no(s) respectivo(s) anexo(s) integrante(s) desta proposta.

### 7. Contributividade

X Totalmente pago pelo ESTIPULANTE Com contribuição do Segurado

Percentual  (%) R\$

### 8. Reajuste e Ponto de Equilíbrio

8.1. O Ponto de equilíbrio previsto no capítulo XII – Reajuste das Condições Gerais será de: 70,00% (setenta por cento.).

8.2. O reajuste para cada produto contratado previsto nas Condições Gerais, ocorrerá anualmente respeitando-se a periodicidade mínima de 12 meses.

### 9. Cartão Proposta

9.1. Haverá a necessidade do preenchimento do Cartão Proposta, para todas as contratações abaixo de 30 vidas.

9.2. Após análise do cartão proposta (quando devido) com declaração pessoal de saúde e atividade a SEGURADORA, caso opte pelo não oferecimento de cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, oferecerá ao Segurado a cobertura parcial temporária.



Cuidar  
para  
transformar

## PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.3. Não será oferecida a opção do agravo.

10. O ESTIPULANTE declara para todos os fins e sob as penas da lei, que:

10.1. Obteve conhecimento prévio do conteúdo do contrato/condições gerais do(s) produto(s) indicado(s) no item 3 desta Proposta de Contratação, não tendo dúvida a respeito do seu conteúdo/clausulado, em especial no que se refere às coberturas, limites e exclusões de cobertura e que recebeu uma cópia na forma eletrônica no e-mail indicado nesta proposta.

10.2. Está ciente e concorda com as responsabilidades relativas a entrega do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e do Guia de Leitura Contratual aos proponentes/segurados, conforme disposto a seguir:

10.2.1. O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC) serão disponibilizados ao Estipulante por meio digital.

10.3. Está ciente que os cartões de identificação (carteirinha) serão disponibilizados aos Segurados de forma digital no aplicativo e no Portal da Seguradora no site [www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br). No caso de emissão do cartão de identificação de forma física (impressa), a SEGURADORA cobrará do ESTIPULANTE pelo fornecimento de cada cartão físico o valor de R\$ 5,70 (Cinco reais e setenta centavos).

10.4. Está ciente de que poderá consultar a Rede Referenciada disponível para o(s) Produto(s) contratado(s), a qualquer momento, por meio do Guia Médico disponível no site [www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br).

10.5. Está ciente que as substituições da rede assistencial estarão disponíveis no site <http://www.segurosunimed.com.br/institucional/servicos/redeprestadora> e na Central de Relacionamento nº 0800 016 6633 e concorda com a responsabilidade de transmitir estas informações aos proponentes/segurados.

10.6. Está ciente que poderá obter as informações mínimas acerca das diferenças dos tipos de contratação, por meio do Anexo I da Resolução Normativa 509 e suas alterações editadas pela ANS disponível no site [www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br) no menu Serviços, opção Resoluções Normativas.

10.7. Está ciente e de acordo de que, na hipótese de ser empresário individual apresentará para a SEGURADORA no ato da contratação e, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a documentação, mínima, a seguir descrita: (i) comprovante de constituição como empresário individual extraído dos órgãos oficiais (no ato da contratação deverá restar comprovada a constituição como empresário individual a, no mínimo, 06 (seis) meses antes da data da contratação); e (ii) comprovante de regularidade da situação cadastral do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ; (iii) sem prejuízo de outros que venham a substituí-los/complementá-los e que serão objeto de prévia solicitação pela SEGURADORA, sob pena de cancelamento do contrato nos termos da regulamentação vigente, no caso de não apresentação da documentação ou a disponibilização da mesma de forma intempestiva, incompleta e/ou ilegível.

11. Disposições Gerais:

11.1. O ESTIPULANTE se compromete a manter as Condições Gerais do(s) Produto(s) contratados em local de fácil acesso para serem consultadas, a qualquer momento, por todo e qualquer segurado inscrito na Apólice.

Cuidar  
para  
transformarPROPOSTA DE CONTRATAÇÃO  
SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

11.2. A Proposta de Contratação, bem como seus anexos integram as Condições Gerais dos produtos contratados. Por meio destes documentos o ESTIPULANTE expressa a sua intenção de contratação do seguro, bem como a concordância com as condições dos planos contratados. Estes documentos serão preenchidos com as informações do ESTIPULANTE e do(s) produto(s) contratado(s), sendo necessária as assinaturas pelo ESTIPULANTE.

11.3. O ESTIPULANTE poderá confirmar a situação cadastral da Seguradora pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

11.4. Os termos desta Proposta de Contratação e seus respectivos Anexos prevalecem em relação às disposições das Condições Gerais do(s) produto(s) contratado(s) no que com ela(s) divergir(em).

11.5. O ESTIPULANTE confirma que todos os beneficiários indicados para compor o presente contrato obedecem às condições de elegibilidade conforme art. 5º da Resolução Normativa ANS nº 195/09 e, no caso da SEGURADORA constatar eventual ausência de elegibilidade dos beneficiários, não haverá implantação do contrato, devendo a ESTIPULANTE se responsabilizar pela massa de beneficiários.

11.5.1. Além do disposto no item acima, após o início de vigência do seguro, o ESTIPULANTE somente poderá requerer a inclusão de novos proponentes que cumpram as condições de elegibilidade, nos termos do art. 5º da citada Resolução Normativa, sob pena de cancelamento/rescisão do contrato de pleno direito, ainda, será responsável pela reparação de eventuais danos, prejuízos que porventura sejam causados à SEGURADORA, em especial por aqueles impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário, em virtude do não cumprimento das declarações firmadas na presente Proposta de Contratação.

## 12. Comunicações:

12.1. As Partes concordam que os comunicados/notificações relativos a este Seguro Saúde, inclusive, mas a estes não se limitando, sobre eventual aplicação de Carência e Cobertura Parcial Temporária, Inadimplência, Cancelamento, bem como, o envio de boletos e faturas, poderão ocorrer por qualquer meio eletrônico, sem prejuízo da forma física.

12.2. Estou de acordo e ciente de que os comunicados/notificações realizados pela SEGURADORA, por meio dos e-mails indicados nesta Proposta de Contratação, são plenamente válidos, para todos os efeitos legais e assumo a obrigação de mantê-lo atualizado, ciente de que a atualização deverá ser comunicada à Seguradora e reduzida a termo por meio de aditivo à presente Proposta de Contratação para que surta seus efeitos legais.

## 13. Plano Odontológico

13.1. Ao assinar a presente proposta de contratação do seguro saúde, os segurados da ESTIPULANTE que forem incluídos no seguro saúde contratado com a SEGURADORA também contarão com atendimento odontológico a título gratuito, cujos serviços serão prestados pela UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A., inscrita no CNPJ sob o nº 10.414.182/0001-09, registro na ANS nº 41.680-1, operadora contratada pela UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A.

13.1.1. O plano odontológico ora concedido se dá livremente pela SEGURADORA e visa assegurar a assistência bucal dos segurados da ESTIPULANTE sob a ótica do cuidado integral da saúde dos seus segurados.

13.2. Os atendimentos odontológicos seguirão as disposições Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, demais normativas e regras aplicáveis a estes tipos de atendimento. Mais detalhes sobre a cobertura do benefício do plano

Cuidar  
para  
transformarPROPOSTA DE CONTRATAÇÃO  
SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

odontológico encontram-se descritos no ANEXO do produto Odontológico - Produto ESSENCIAL RB | 475.492/16-1, parte integrante desta Proposta. Sobre a rede credenciada, a informação está disponível no site [www.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br).

13.3. Para possibilitar os atendimentos odontológicos, os Segurados receberão carteira de identificação digital, disponibilizada por meio do aplicativo "Guia Unimed Odonto", cujo download poderá ser efetuado nas lojas digitais (Google Play ou Apple Store, por exemplo).

13.4. O cancelamento do seguro saúde, independentemente do motivo, ocasionará o cancelamento do benefício odontológico, podendo, caso assim deseje, contratar o plano odontológico diretamente com a Operadora Unimed Saúde e Odonto S/A, mediante o estabelecimento de condições comerciais específicas.

13.5. Ao firmar a presente proposta, a ESTIPULANTE está ciente da concessão do plano odontológico informado neste item 13 e declara que livremente optou pelo presente modelo de contratação, aceitando receber o atendimento odontológico nas condições acima informadas e autoriza que a SEGURADORA compartilhe com a UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A. as informações cadastrais/dados pessoais dos Segurados para viabilizar a implantação do plano odontológico pela referida operadora e possibilitar a respectiva prestação dos serviços odontológicos.

13.6. Eventuais dúvidas ou solicitações da ESTIPULANTE e/ou de seus segurados sobre o benefício odontológico deverão ser direcionados para os seguintes canais: Central de Relacionamento e SAC: 0800 9 428 428 - SAC Opção 3 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611.

Dois correios, 21 de Novembro de 2022.

De acordo com as condições elencadas na presente Proposta de Contratação e respectivos Anexos.

DocuSigned by:

*Ronaldo Aparecido Rodrigues*

790673AB15AD447

Assinatura do Estipulante

Helton Freitas  
Diretor PresidenteAgenor Ferreira da Silva Filho  
Diretor de Operações

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A

Executivo de Vendas Seguros Unimed Daniel Augusto Paravani	Executivo Relacionamento Seguros Unimed Bruna Zanusso
Corretora/ CNPJ GESTÃO DE BENEFÍCIOS CORRETORA DE SEGUROS / 17.237.641/0001-67	
Código do Corretor 20027	Vendedor Responsável Bruna Zanusso



Cuidar  
para  
transformar

## PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

X Recebi as Condições Gerais deste seguro e esclareci todas as cláusulas, especialmente as restritivas de direitos, e demais elementos do contrato.

X Declaro ter ciência sobre o corretor informado acima e a sua responsabilidade na comercialização do Seguro Saúde.



## ANEXO – PLANO ODONTOLÓGICO ESSENCIAL RB



Cuidar  
para  
transformar

Nome do Produto: ESSENCIAL RB  
Nº Registro ANS: 475.492/16-1  
Segmentação: Odontológica  
Formação de preço: Pré-estabelecido  
Abrangência: Nacional  
Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

### 1. Forma de Contratação

#### 1.1 Contratação

Este plano Odontológico foi contratado pela UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A junto a Unimed Saúde e Odonto S/A (operadora garantidora do plano odontológico).

#### 1.2 Aderente

É a Pessoa Jurídica indicada como ESTIPULANTE nos DADOS FIXOS da Proposta de Contratação da UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, que recebeu desta última o presente Plano Odontológico, a título gratuito.

### 2. Custeio

O Plano Odontológico será integralmente subsidiado pela UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A.

### 3. Coberturas Contratuais

3.1 Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral e no anexo III do plano odontológico.

### 4. Exclusões Contratuais

4.1 Além das exclusões descritas nas Condições Gerais do Plano odontológico, para este Plano Odontológico também estão excluídas as coberturas a seguir:

- Despesas com atendimento domiciliar, exceto nos casos de urgência odontológica, quando contratado, com prestador específico indicado pela UNIMED ODONTO;
- Exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- Tratamento com metais preciosos;
- Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Remoções por ambulância terrestre ou aérea do Segurado;
- Qualquer tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares;
- Todos os procedimentos de prótese dentária;

[segurosunimed.com.br](http://segurosunimed.com.br)

ANS - nº 41.680-1

Unimed Saúde e Odonto S.A. - CNPJ/MF: 10.414.182/0001-09  
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP  
Central de Relacionamento e SAC: 0800 9 428 428 - SAC Opção 3 | Atendimento ao  
Deficiente Auditivo: 0800 770 3611 | Ouvidoria: acesse nosso site ou ligue 0800 001 2565  
Unimed Odonto CRO/SP nº 13666 | RT: M. M. Ohashi - CRO/SP nº 66050  
Acessibilidade e mais informações: [www.unimedodonto.com.br](http://www.unimedodonto.com.br)

ANS - nº 00.070-1

Unimed Seguros Saúde S.A. - CNPJ/MF 04.487.255/0001-81  
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP  
Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 - SAC Opção 6 | Atendimento ao Deficiente  
Auditivo: 0800 770 3611 | Ouvidoria: [www.segurosunimed.com.br/ouvidoria](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria) ou ligue 0800  
001 2565 | Acessibilidade e mais informações: [www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br)

FO – 1667 v06



## ANEXO – PLANO ODONTOLÓGICO ESSENCIAL RB



Cuidar  
para  
transformar

- j) Clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- k) Tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade.

### 5. Livre escolha de prestadores – Reembolso

- 5.1 Este plano odontológico contempla a livre escolha mediante a garantia do reembolso das despesas odontológicas realizadas pelos Segurado exclusivamente em território nacional e com liberdade de escolha de cirurgiões-dentistas, conforme condições previstas na cláusula VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral. Essa tabela se encontra registrada no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo e na UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A, à disposição dos Segurado e da Aderente.
- 5.2 O valor, em moeda corrente no país (Real), do CO – Coeficiente Odontológico, estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da Operadora será de R\$ 0,65 (sessenta e cinco centavos) e sua adoção ocorrerá nas hipóteses de reembolso aos Segurado conforme previsto nas cláusulas VII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e VIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES da Condição Geral.
- 5.3 O múltiplo garante o reembolso das despesas odontológicas realizadas com liberdade de escolha para todos os procedimentos odontológicos realizados, desde que cobertos, sendo 1 (um) o múltiplo do plano em questão.

### 6. Mecanismo de regulação – Coparticipação

- 6.1 Não se aplica a este produto.

### 7. Plano

- 7.1 Para fins deste Plano odontológico, são considerados como parte integrante deste ANEXO a Condição Geral do tipo de contratação, a qual estão dispostas todas as características do produto acima descrito.

### 8. O ESTIPULANTE declara para todos os fins que:

- 8.1 Declara que recebeu a Condição Geral - Empresarial Odontológico, e respectivo Anexo, de acordo com as características do produto odontológico conforme mencionado na Proposta de Contratação apresentada pela SEGURADORA, não restando assim, dúvidas quanto ao conteúdo de suas cláusulas, especialmente aquelas relativas às coberturas do plano odontológico concedido pela SEGURADORA.
- 8.2 Declara que recebeu, leu e compreendeu o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde – MPS, ato continuo a assinatura da proposta de contratação do seguro saúde.
- 8.3 Declara que está ciente e concorda com as responsabilidades relativas à entrega do Guia de Leitura Contratual aos Segurados e que se responsabiliza por informar aos Segurados quanto à possibilidade de utilização da biometria facial para fins de reconhecimento/elegibilidade, mediante cadastramento via SMS, e-mail e/ou telefone celular, entre outros, conforme previsão constante das Condições Gerais.

[segurosunimed.com.br](http://segurosunimed.com.br)

ANS - nº 41.680-1

Unimed Saúde e Odonto S.A. - CNPJ/MF: 10.414.182/0001-09  
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo - SP  
Central de Relacionamento e SAC: 0800 9 428 428 - SAC Opção 3 | Atendimento ao Deficiente  
Auditivo: 0800 770 3611 | Ouvidoria: acesse nosso site ou ligue 0800 001 2565  
Unimed Odonto CRO/SP nº 13666 | RT: M. M. Ohashi - CRO/SP nº 66050  
Acessibilidade e mais informações: [www.unimedodontos.com.br](http://www.unimedodontos.com.br)

ANS - nº 00.070-1

Unimed Seguros Saúde S.A. - CNPJ/MF 04.487.255/0001-81  
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo - SP  
Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 - SAC Opção 6 | Atendimento ao Deficiente  
Auditivo: 0800 770 3611 | Ouvidoria: [www.segurosunimed.com.br/ouvidoria](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria) ou ligue 0800  
001 2565 | Acessibilidade e mais informações: [www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br)

FQ – 1667 v06

**ANEXO – PLANO ODONTOLÓGICO  
ESSENCIAL RB**Cuidar  
para  
transformar

- 8.4 Declara estar ciente que o Plano Odontológico registrado na ANS e garantido pela UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A. e ratifica para todos os fins e sob as penas da lei que o Grupo vinculado ao ESTIPULANTE obedece às condições de elegibilidade previstas no art. 5º da Resolução normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009.
- 8.5 Declara estar de acordo e ciente de que os comunicados/notificações realizados pela UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A, em razão da prestação dos serviços odontológicos poderão ocorrer por meio do e-mail indicado na Proposta de Contratação da UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, os quais serão plenamente válidos, para todos os efeitos legais, e assume a obrigação de mantê-lo atualizado, ciente de que a atualização deverá ser comunicada à UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A.
- 8.6 Declara ciência e concordância, por fim, que na hipótese do SUBESTIPULANTE ser empresário individual que apresentará para a SEGURADORA no ato da inclusão no plano odontológico e anualmente no mês de aniversário do contrato a documentação a seguir descrita: (i) comprovante de constituição como empresário individual extraído dos órgãos oficiais (no ato da inclusão no plano odontológico deverá restar comprovada a constituição como empresário individual a, no mínimo, 06 (seis) meses antes da data da contratação); e (ii) comprovante de regularidade da situação cadastral do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ; (iii) sem prejuízo de outros que venham a substituí-los/complementá-los e que serão objeto de prévia solicitação pela SEGURADORA, sob pena de cancelamento do plano odontológico nos termos da regulamentação vigente, no caso de não apresentação da documentação ou a disponibilização da mesma de forma intempestiva, incompleta e/ou ilegal.

DocuSigned by:

**Ronaldo Aparecido Rodrigues**

790673AB15AD447...

Assinatura do Estipulante

Helton Freitas  
Diretor PresidenteAgenor Ferreira da Silva Filho  
Diretor de Operações

UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A.

Cód. S-678 V8 09/2022

**TERMO DE ASSISTÊNCIAS PRODUTOS PME**Cuidar  
para  
transformar**1. DAS PARTES****Qualificação do CONTRATANTE**

Razão Social: DOIS CORREGOS CAMARA MUNICIPAL

CNPJ/CAEPF: 49.883.564/0001-09

**Qualificação da CONTRATADA**

Nome Fantasia

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A

CNPJ

04.487.255/0001-81

Registro na ANS

00.070-1

**2. DAS ASSISTÊNCIAS E SUAS CARACTERÍSTICAS**

2.1. Assistência PME - Prestação de serviços de assistência, em âmbito nacional, para pequenas e médias empresas, tais como: chaveiro, encanador, eletricista, vidraceiro, vigia, limpeza, cobertura provisória de telhados, telefonia, courier e reparo em bebedouros, conforme serviços e condições descritas no manual da assistência.

Assistência Exclusiva para os Produtos: PME COMPACTO ENF – 475.571/16-5, PME EFETIVO APTO – 475.568/16-5, PME COMPLETO APTO – 475.576/16-6, PME SUPERIOR APTO – 475.580/16-4, PME SÊNIOR APTO – 475.583/16-9, PME COMPACTO ENF CP – 475.572/16-3, PME EFETIVO APTO CP – 475.570/16-7, PME COMPLETO APTO CP – 475.577/16-4, PME SUPERIOR APTO CP – 475.581/16-2, PME SÊNIOR APTO CP – 475.584/16-7, PME COMPACTO ENF II – 490.572/21-5, PME EFETIVO APTO II – 490.573/21-3, PME COMPLETO APTO II - 490.574/21-1, PM'E SUPERIOR APTO II – 490.575/21-0 , PME SÊNIOR APTO II - 490.581/21-4, PME COMPACTO ENF CP II – 490.577/21-6, PME EFETIVO APTO CP II - 490.578/21-4, PME COMPLETO APTO CP II - 490.579/21-2, PME SUPERIOR APTO CP II – 490.580/21-6, PME SÊNIOR APTO CP II - 490.576/21-8.

2.2. Garantia Funeral - Prestação do serviço de assistência ou pagamento de despesas realizadas com o funeral, em decorrência do falecimento do segurado, de acordo com o capital, respeitado o limite da importância segurada e condições descritas no manual da assistência.

**TERMO DE ASSISTÊNCIAS PRODUTOS PME**Cuidar  
para  
transformar**Assistência Exclusiva para os Produtos:**

Garantia Funeral R\$1.500,00 - PME COMPACTO ENF – 475.571/16-5, PME EFETIVO APTO – 475.568/16-5, PME COMPACTO ENF CP – 475.572/16-3, PME EFETIVO APTO CP – 475.570/16-7, PME COMPACTO ENF II – 490.572/21-5, PME EFETIVO APTO II – 490.573/21-3, PME COMPACTO ENF CP II – 490.577/21-6, PME EFETIVO APTO CP II – 490.578/21-4.

Garantia Funeral R\$2.000,00 - PME COMPLETO APTO – 475.576/16-6, PME COMPLETO APTO CP – 475.577/16-4, PME COMPLETO APTO II – 490.574/21-1, PME COMPLETO APTO CP II – 490.579/21-2.

Garantia Funeral R\$2.500,00 - PME SUPERIOR APTO – 475.580/16-4, PME SUPERIOR APTO CP – 475.581/16-2, PME SUPERIOR APTO II – 490.575/21-0, PME SUPERIOR APTO CP II – 490.580/21-6.

Garantia Funeral R\$3.000,00 - PME SÊNIOR APTO – 475.583/16-9, PME SÊNIOR APTO CP – 475.584/16-7, PME SÊNIOR APTO II – 490.581/21-4, PME SÊNIOR APTO CP II – 490.576/21-8.

2.3. Assistência Acessibilidade - Prestação de serviços que visam dar suporte e atender às necessidades de pessoas físicas, tais como: instalação de fitas antiderrapantes, instalação de barras de apoio, assessoria para aluguel de equipamentos, entre outros, conforme serviços e condições descritas no manual da assistência.

Assistência Exclusiva para os Produtos: PME COMPLETO APTO – 475.576/16-6, PME COMPLETO APTO CP – 475.577/16-4, PME COMPLETO APTO II – 490.574/21-1, PME COMPLETO APTO CP II – 490.579/21-2, PME SUPERIOR APTO – 475.580/16-4, PME SUPERIOR APTO CP – 475.581/16-2, PME SUPERIOR APTO II – 490.575/21-0, PME SUPERIOR APTO CP II – 490.580/21-6, PME SÊNIOR APTO – 475.583/16-9, PME SÊNIOR APTO CP – 475.584/16-7, PME SÊNIOR APTO II – 490.581/21-4, PME SÊNIOR APTO CP II – 490.576/21-8.

2.4. Assistência Residencial - Assistência que disponibiliza uma rede de profissionais qualificados na prestação de serviços residenciais de emergência, tais como: eletricista, encanador, chaveiro, vidraceiro, entre outros serviços, conforme condições descritas no manual da assistência.

Assistência Exclusiva para os Produtos: PME COMPLETO APTO – 475.576/16-6, PME COMPLETO APTO CP – 475.577/16-4, PME COMPLETO APTO II – 490.574/21-1, PME COMPLETO APTO CP II – 490.579/21-2, PME SUPERIOR APTO – 475.580/16-4, PME SUPERIOR APTO CP – 475.581/16-2, PME SUPERIOR APTO II – 490.575/21-0, PME SUPERIOR APTO CP II – 490.580/21-6, PME SÊNIOR APTO – 475.583/16-9, PME SÊNIOR APTO CP – 475.584/16-7, PME SÊNIOR APTO II – 490.581/21-4, PME SÊNIOR APTO CP II – 490.576/21-8.

**TERMO DE ASSISTÊNCIAS PRODUTOS PME**Cuidar  
para  
transformar

2.5. Assistência Kids - Prestação de serviços que oferecem medidas de segurança na residência para as crianças, tais como: protetores de quinas e portas, proteção de corrimão e escada, protetor de fogão, instalação de protetores de tomadas, entre outros serviços descritos no manual da assistência.

Assistência Exclusiva para os Produtos: PME SUPERIOR APTO – 475.580/16-4, PME SUPERIOR APTO CP – 475.581/16-2, PME SUPERIOR APTO II – 490.575/21-0, PME SUPERIOR APTO CP II – 490.580/21-6, PME SÊNIOR APTO – 475.583/16-9, PME SÊNIOR APTO CP – 475.584/16-7, PME SÊNIOR APTO II - 490.581/21-4, PME SÊNIOR APTO CP II - 490.576/21-8.

2.6. Assistência Unimed Assist. Internacional - Assistência aos segurados quando em viagem pelo Brasil ou exterior, a partir de 50 quilômetros de sua residência habitual e desde que a sua estadia não seja superior a 60 dias, conforme serviços e condições disponíveis no manual da assistência.

Assistência Exclusiva para os Produtos:

Unimed Assist. Internacional 10 - PME SUPERIOR APTO – 475.580/16-4, PME SUPERIOR APTO CP – 475.581/16-2, PME SUPERIOR APTO II – 490.575/21-0, PME SUPERIOR APTO CP II – 490.580/21-6.

Unimed Assist. Internacional 30 - PME SÊNIOR APTO – 475.583/16-9, PME SÊNIOR APTO CP – 475.584/16-7, PME SÊNIOR APTO II - 490.581/21-4, PME SÊNIOR APTO CP II - 490.576/21-8.

2.7 – Concierge - Serviço que oferece suporte e informações de conveniência, lazer, cultura, finanças, saúde, emergência e comodidade, conforme serviços descritos no manual da assistência.

Assistência Exclusiva para os Produtos: PME SÊNIOR APTO – 475.583/16-9, PME SÊNIOR APTO CP – 475.584/16-7, PME SÊNIOR APTO II - 490.581/21-4, PME SÊNIOR APTO CP II - 490.576/21-8.

2.8 – Assistência Pet - Prestação de serviços que oferecem serviço de emergência ao animal assistido, tais como: agendamento de consultas, serviço leva e traz, pet *home care*, indicações de hotéis pet, funeral, traslado, entre outros serviços, conforme condições descritas no manual da assistência.

Assistência Exclusiva para os Produtos: PME SÊNIOR APTO – 475.583/16-9, PME SÊNIOR APTO CP – 475.584/16-7, PME SÊNIOR APTO II - 490.581/21-4, PME SÊNIOR APTO CP II - 490.576/21-8.

## TERMO DE ASSISTÊNCIAS PRODUTOS PME



Cuidar  
para  
transformar

### 3. DOS TERMOS

3.1. O CONTRATANTE declara neste ato, sua expressa intenção na contratação dos produtos e serviços de assistências acima selecionadas, o que se dará mediante subscrição dos respectivos termos de adesão para cada assistência. As condições contratuais (manuais e regulamentos) constam como anexo do citado termo, dos quais o ESTIPULANTE declara que obteve conhecimento prévio do conteúdo, não tendo dúvida a seu respeito, em especial no que se refere às coberturas, limites e riscos excluídos.

3.2. O material também poderá consultado no Portal do Cliente.

Data Dois corregos, 21 de Novembro de 2022

---

SUBCONTRATANTE

S-883 V2 09/2022

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À VIAGEM



Cuidar  
para  
transformar

MAPFRE ASSISTÊNCIA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 68.181.221/0001-47 e Inscrição Municipal nº 432114-3, com sede na Alameda Rio Negro, 503, Sala 2.414, Alphaville Centro Industrial e Empresarial, no Município de Barueri, Estado de São Paulo, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente designada MAPFRE ASSISTÊNCIA,

DOIS CORREGOS CAMARA MUNICIPAL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 49.883.564/0001-09, sediada Avenida Dom Pedro I CEP 17300-000 – EstadoSP UF SP, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente designada SUBCONTRATANTE; e

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.487.255/0001-81, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 366 – Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP 01410-901 neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente ANUENTE.

Considerando que:

- i. A SUBCONTRATANTE firmou contrato de seguro saúde coletivo empresarial garantido pela ANUENTE com o intuito de garantir aos seus colaboradores uma melhor condição de saúde;
- ii. A MAPFRE ASSISTÊNCIA possui com a ANUENTE contrato de prestação de serviços de assistência à viagem que garante aos usuários a prestação das assistências descritas nos regulamentos anexos, os quais fazem parte integrante do presente instrumento;
- iii. A SUBCONTRATANTE tem interesse em garantir aos seus colaboradores estas assistências;

As partes acima identificadas resolvem ajustar o presente Termo de Adesão ficando estipulado o seguinte:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente instrumento é regular os termos e condições da adesão da SUBCONTRATANTE ao contrato de prestação de serviços de assistência à viagem firmado entre a MAPFRE ASSISTÊNCIA e a ANUENTE.

1.2. A SUBCONTRATANTE declara e confirma, por livre e espontânea vontade, a sua adesão ao contrato de prestação de serviços de assistência à viagem firmado entre a MAPFRE ASSISTÊNCIA e a ANUENTE, figurando como subcontratante e representante dos usuários, cujo objetivo é garantir aos seus colaboradores as assistências descritas no item 3.1, nos termos dos regulamentos anexos ao presente instrumento.



## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À VIAGEM



Cuidar  
para  
transformar

1.3. A SUBCONTRATANTE requer, por consequência, a inclusão das pessoas físicas (seus colaboradores), relacionadas no anexo ao presente instrumento, na condição de usuários do contrato de prestação de serviços de assistência à viagem firmado entre a MAPFRE ASSISTÊNCIA e a ANUENTE.

1.3.1. A SUBCONTRATANTE poderá no decorrer da vigência do contrato de prestação de serviços de assistência à viagem incluir novos usuários, de acordo com as regras de benefícios da SUBCONTRATANTE aos seus colaboradores.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO

2.1. Fica acordado entre as Partes que os serviços garantidos no contrato de prestação de serviços de assistência à viagem firmado pela MAPFRE ASSISTÊNCIA à SUBCONTRATANTE serão remunerados pela ANUENTE em razão da parceria comercial existente entre ela e SUBCONTRATANTE.

### CLAUSULA TERCEIRA - DA ASSISTÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS

3.1. Em razão da adesão da SUBCONTRATANTE ao contrato de prestação de serviços de assistência à viagem firmado entre a MAPFRE ASSISTÊNCIA e a ANUENTE, a SUBCONTRATANTE neste ato, adquire as assistências vinculadas a ele, em proveito de seus colaboradores, sendo elas: UNIMED ASSIST INTERNACIONAL 10 ou UNIMED ASSIST INTERNACIONAL 30, de acordo com o produto contratado, conforme descrito no TERMO DE ASSISTÊNCIAS.

3.2. As referidas assistências serão garantidas nos termos dos seus regulamentos em anexo, os quais fazem parte integrante deste instrumento e a SUBCONTRATANTE declara conhecer os respectivos termos e condições contratuais, a eles aderindo integral e expressamente.

### CLAUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

4.1. Este instrumento vigorará pelo mesmo prazo de vigência do contrato de seguro saúde coletivo firmado entre a SUBCONTRATANTE e a ANUENTE, conforme exposto no considerando (i), sendo rescindido automaticamente com o fim de vigência, rescisão ou cancelamento do mesmo, independentemente do motivo, podendo, caso assim deseje, firmar um novo contrato de prestação de serviços de assistência à viagem com a MAPFRE ASSISTÊNCIA, mediante o estabelecimento de condições comerciais específicas.

4.2. As garantias e assistências previstas no presente instrumento ficarão automaticamente suspensas, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, caso tenha ocorrido a suspensão da cobertura

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À VIAGEM



Cuidar  
para  
transformar

do contrato de seguro saúde coletivo firmado entre SUBCONTRATANTE e a ANUENTE, sendo reabilitadas com a retomada da vigência do contrato de seguro saúde coletivo.

4.3. O presente instrumento poderá ser resilido por qualquer das Partes, imotivadamente, mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

4.3.1. No período do aviso prévio para a rescisão contratual, as Partes contratantes deverão cumprir todas as suas obrigações, nas bases e condições deste instrumento.

### CLÁUSULA QUINTA– DA PROTEÇÃO DE DADOS

5.1. As Partes, por si e por seus colaboradores, obrigam-se, sempre que aplicável, a atuar no âmbito deste instrumento em conformidade com a legislação vigente sobre proteção de dados pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados ("legislação aplicável").

5.2. A SUBCONTRATANTE autoriza que a MAPFRE ASSISTÊNCIA compartilhe com a ANUENTE e, vice e versa, as informações cadastrais/dados pessoais dos usuários para viabilizar e possibilitar a respectiva prestação dos serviços das assistências previstas no presente instrumento.

### CLÁUSULA SEXTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. As Partes ajustam que na hipótese de qualquer divergência ou conflito entre as disposições constantes nos regulamentos anexos e o presente termo de adesão, o disposto no termo de adesão prevalecerá.

6.2. A SUBCONTRATANTE, outorga, por este instrumento, expressos poderes à ANUENTE para representá-la, e às pessoas físicas relacionadas no anexo ou incluídas posteriormente, junto à MAPFRE ASSISTÊNCIA, para adotar todas

as medidas necessárias na relação contratual a qual competirá exclusivamente, alterar, rescindir, reformular ou renovar o presente instrumento.

6.3. A SUBCONTRATANTE, neste ato declara que leu e concorda com todos os termos acima mencionados e, por este motivo, firma o presente em caráter irrevogável e irretratável, obrigando-se em todas as condições.

E por estar justo e acordado, a SUBCONTRATANTE, firma o presente instrumento, em via única digital, reconhecendo como válida a assinatura eletrônica e seus efeitos de forma irrevogável, pelo que se declara como

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À VIAGEM



Cuidar  
para  
transformar

expressão da verdade e assina eletronicamente, através de seus contatos (e-mail ou telefone) informados, para dar autenticidade e reconhecer este documento com número de registro de LOG, tudo sob as penas da Lei.

O presente Termo passa a vigorar na data d início de vigência do Contrato de Seguro Saúde firmado entre a SUBCONTRATANTE e a ANUENTE.

Data Dois corregos, 21 de Novembro de 2022

---

SUBCONTRATANTE

S-878 V2 09/2022

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA RESIDENCIAL



Cuidar  
para  
transformar

CDF ASSISTÊNCIAS LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 52.570.231/0001-34, estabelecida na Alameda Araguaia nº 2104 – 1º andar – Alphaville, Barueri/SP – CEP 06.455-000, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente designada CDF ASSISTÊNCIAS,

DOIS CORREGOS CAMARA MUNICIPAL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 49.883.564/0001-09, sediada Avenida Dom Pedro I CEP 17300-000 – Estado SP UF SP, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente designada SUBCONTRATANTE; e

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.487.255/0001-81, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 366 – Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP 01410-901 neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente ANUENTE.

Considerando que:

- i. A SUBCONTRATANTE firmou contrato de seguro saúde coletivo empresarial garantido pela ANUENTE com o intuito de garantir aos seus colaboradores uma melhor condição de saúde;
- ii. A CDF ASSISTÊNCIAS possui com a ANUENTE contrato de assistência residencial que garante aos usuários a prestação dos serviços descritos no manual anexo, o qual faz parte integrante do presente instrumento;
- iii. A SUBCONTRATANTE tem interesse em garantir aos seus colaboradores esta assistência;

As partes acima identificadas resolvem ajustar o presente Termo de Adesão ficando estipulado o seguinte:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente instrumento é regular os termos e condições da adesão da SUBCONTRATANTE ao contrato de assistência residencial firmado entre a CDF ASSISTÊNCIAS e a ANUENTE.

1.2. A SUBCONTRATANTE declara e confirma, por livre e espontânea vontade, a sua adesão ao contrato de assistência residencial firmado entre a CDF ASSISTÊNCIAS e a ANUENTE, figurando como subcontratante e representante dos usuários, cujo objetivo é garantir aos seus colaboradores as assistências descritas no item 3.1, nos termos do manual anexo ao presente instrumento.

1.3. A SUBCONTRATANTE requer, por consequência, a inclusão das pessoas físicas (seus colaboradores), relacionadas no anexo ao presente instrumento, na condição de usuários do contrato de assistência residencial firmado entre a CDF ASSISTÊNCIAS e a ANUENTE.

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA RESIDENCIAL



Cuidar  
para  
transformar

1.3.1. A SUBCONTRATANTE poderá no decorrer da vigência do contrato de assistência residencial incluir novos usuários, de acordo com as regras de benefícios da SUBCONTRATANTE aos seus colaboradores.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO

2.1. Fica acordado entre as partes que os serviços garantidos no contrato de assistência residencial pela CDF ASSISTÊNCIAS à SUBCONTRATANTE serão remunerados pela ANUENTE em razão da parceria comercial existente entre ela e SUBCONTRATANTE.

### CLAÚSULA TERCEIRA - DA ASSISTÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS

3.1. Em razão da adesão da SUBCONTRATANTE ao contrato de assistência residencial firmado entre a CDF ASSISTÊNCIAS e a ANUENTE, de acordo com o produto contratado, conforme descrito no TERMO DE ASSISTÊNCIAS, a SUBCONTRATANTE neste ato, adquire os serviços vinculados a ele, em proveito de seus colaboradores, sendo eles:

1. Envio de chaveiro por perda, roubo ou furto das chaves
2. Hidráulica
3. Envio de eletricista
4. Vidraceiro
5. Serviço de segurança e vigilância
6. Serviço de limpeza
7. Transferência de móveis
8. Mudança e guarda móveis
9. Hospedagem
10. Serviço de faxineira
11. Retorno antecipado ao domicílio (regresso antecipado)
12. Retorno do usuário para buscar o veículo (recuperação do veículo)
13. Serviço de baby-sitter/berçário
14. Guarda de animais de estimação/domésticos
15. Locação de freezer, fogão, geladeira
16. Restaurantes e lavanderias
17. Cobertura provisória de telhados
18. Transporte escolar
19. Informações
20. Transmissão de mensagens urgentes
21. Remoção inter-hospitalar
22. Dedetização
23. Substituição de telhas

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA RESIDENCIAL



Cuidar  
para  
transformar

- 24. Conserto de ar-condicionado
- 25. Mão de obra especializada para conserto de eletrodomésticos ou eletroeletrônicos
- 26. Mão de obra para contenção emergencial
- 27. Inspeção domiciliar
- 28. Consultoria orçamentária

3.2. Os serviços dispostos acima serão garantidos nos termos do manual em anexo, o qual faz parte integrante deste instrumento e a SUBCONTRATANTE declara conhecer os respectivos termos e condições contratuais, a eles aderindo integral e expressamente.

### CLAÚSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

4.1. Este instrumento vigorará pelo mesmo prazo de vigência do contrato de seguro saúde coletivo firmado entre a CONTRATANTE e a ANUENTE, conforme exposto no considerando (i), sendo rescindido automaticamente com o fim de vigência, rescisão ou cancelamento do mesmo, independentemente do motivo, podendo, caso assim deseje, firmar um novo contrato de assistência residencial com a CDF ASSISTÊNCIAS, mediante o estabelecimento de condições comerciais específicas.

4.2. As garantias e assistências previstas no presente instrumento ficarão automaticamente suspensas, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, caso tenha ocorrido a suspensão da cobertura do contrato de seguro saúde coletivo firmado entre SUBCONTRATANTE e a ANUENTE, sendo reabilitadas com a retomada da vigência do contrato de seguro saúde coletivo.

4.3. O presente instrumento poderá ser resilido por qualquer das Partes, imotivadamente, mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

4.3.1. No período do aviso prévio para a rescisão contratual, as Partes contratantes deverão cumprir todas as suas obrigações, nas bases e condições deste instrumento.

### CLAÚSULA QUINTA– DA PROTEÇÃO DE DADOS

5.1. As Partes, por si e por seus colaboradores, obrigam-se, sempre que aplicável, a atuar no âmbito deste instrumento em conformidade com a legislação vigente sobre proteção de dados pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (“legislação aplicável”).

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA RESIDENCIAL



Cuidar  
para  
transformar

5.3. A SUBCONTRATANTE autoriza que a CDF ASSISTÊNCIAS compartilhe com a ANUENTE e, vice e versa, as informações cadastrais/dados pessoais dos usuários para viabilizar e possibilitar a respectiva prestação dos serviços das assistências previstas no presente instrumento.

### CLÁUSULA SEXTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. As Partes ajustam que na hipótese de qualquer divergência ou conflito entre as disposições constantes nos regulamentos anexos e o presente termo de adesão, o disposto no termo de adesão prevalecerá.

6.2. A SUBCONTRATANTE, outorga, por este instrumento, expressos poderes à ANUENTE para representá-la, e às pessoas físicas relacionadas no anexo ou incluídas posteriormente, junto à SEGURADORA, para adotar todas as medidas necessárias na relação contratual a qual competirá exclusivamente, alterar, rescindir, reformular ou renovar o presente instrumento.

6.3. A SUBCONTRATANTE, neste ato declara que leu e concorda com todos os termos acima mencionados e, por este motivo, firma o presente em caráter irrevogável e irretratável, obrigando-se em todas as condições.

E por estar justo e acordado, a SUBCONTRATANTE, firma o presente instrumento, em via única digital, reconhecendo como válida a assinatura eletrônica e seus efeitos de forma irrevogável, pelo que se declara como expressão da verdade e assina eletronicamente, através de seus contatos (e-mail ou telefone) informados, para dar autenticidade e reconhecer este documento com número de registro de LOG, tudo sob as penas da Lei.

O presente Termo passa a vigorar na data do início de vigência do Contrato de Seguro Saúde firmado entre SUBCONTRATANTE e a ANUENTE.

Data Dois corregos, 21 de Novembro de 2022

---

SUBCONTRATANTE

S-879 V2 09/2022



# TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS



Cuidar  
para  
transformar

MAPFRE ASSISTÊNCIA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 68.181.221/0001-47 e Inscrição Municipal nº 432114-3, com sede na Alameda Rio Negro, 503, Sala 2.414, Alphaville Centro Industrial e Empresarial, no Município de Barueri, Estado de São Paulo, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente designada MAPFRE,

[DOIS CORREGOS CAMARA MUNICIPAL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 49.883.564/0001-09, sediada Avenida Dom Pedro I CEP 17300-000 – Estado SP UF SP, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente designada SUBCONTRATANTE; e

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.487.255/0001-81, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 366 – Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP 01410-901 neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente ANUENTE.

Considerando que:

- i. A SUBCONTRATANTE firmou contrato de seguro saúde coletivo empresarial garantido pela ANUENTE com o intuito de garantir aos seus colaboradores uma melhor condição de saúde;
- ii. A MAPFRE possui com a ANUENTE contrato de prestação de serviços assistenciais que garante aos usuários a prestação das assistências descritas nos regulamentos anexos, os quais fazem parte integrante do presente instrumento;
- iii. A SUBCONTRATANTE tem interesse em garantir aos seus colaboradores estas assistências;

As partes acima identificadas resolvem ajustar o presente Termo de Adesão ficando estipulado o seguinte:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente instrumento é regular os termos e condições da adesão da SUBCONTRATANTE ao contrato de prestação de serviços assistenciais firmado entre a MAPFRE e a ANUENTE.

1.2. A SUBCONTRATANTE declara e confirma, por livre e espontânea vontade, a sua adesão ao contrato de prestação

de serviços assistenciais firmado entre a MAPFRE e a ANUENTE, figurando como subcontratante e representante dos

usuários, cujo objetivo é garantir aos seus colaboradores as assistências descritas no item 3.1, nos termos dos regulamentos anexos ao presente instrumento.

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS



Cuidar  
para  
transformar

1.3. A SUBCONTRATANTE requer, por consequência, a inclusão das pessoas físicas (seus colaboradores), relacionadas no anexo ao presente instrumento, na condição de usuários do contrato de prestação de serviços assistenciais firmado entre a MAPFRE e a ANUENTE.

1.3.1. A SUBCONTRATANTE poderá no decorrer da vigência do contrato de prestação de serviços assistenciais incluir novos usuários, de acordo com as regras de benefícios da SUBCONTRATANTE aos seus colaboradores.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO

2.1. Fica acordado entre as Partes que os serviços garantidos no contrato de prestação de serviços assistenciais firmado pela MAPFRE à SUBCONTRATANTE serão remunerados pela ANUENTE em razão da parceria comercial existente entre ela e SUBCONTRATANTE.

### CLAUSULA TERCEIRA - DA ASSISTÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS

3.1. Em razão da adesão da SUBCONTRATANTE ao contrato de prestação de serviços assistenciais firmado entre a MAPFRE e a ANUENTE, a SUBCONTRATANTE neste ato, adquire as assistências vinculadas a ele, em proveito de seus colaboradores, sendo elas: (i) Assistência Acessibilidade; (ii) Assistência Concierge; (iii) Assistência Kids; (iv) Assistência Pet e (v) Assistência PME, de acordo com o produto contratado, conforme descrito no TERMO DE ASSISTÊNCIAS.

3.2. As referidas assistências serão garantidas nos termos dos seus regulamentos em anexo, os quais fazem parte integrante deste instrumento e a SUBCONTRATANTE declara conhecer os respectivos termos e condições contratuais, a eles aderindo integral e expressamente.

### CLAUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

4.1. Este instrumento vigorará pelo mesmo prazo de vigência do contrato de seguro saúde coletivo firmado entre a SUBCONTRATANTE e a ANUENTE, conforme exposto no considerando (i), sendo rescindido automaticamente com o fim de vigência, rescisão ou cancelamento do mesmo, independentemente do motivo, podendo, caso assim deseje, firmar um novo contrato de prestação de serviços assistenciais com a MAPFRE, mediante o estabelecimento de condições comerciais específicas.

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS



Cuidar  
para  
transformar

4.2. As garantias e assistências previstas no presente instrumento ficarão automaticamente suspensas, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, caso tenha ocorrido a suspensão da cobertura do contrato de seguro saúde coletivo firmado entre SUBCONTRATANTE e a ANUENTE, sendo reabilitadas com a retomada da vigência do contrato de seguro saúde coletivo.

4.3. O presente instrumento poderá ser resilido por qualquer das Partes, imotivadamente, mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

4.3.1. No período do aviso prévio para a rescisão contratual, as Partes contratantes deverão cumprir todas as suas obrigações, nas bases e condições deste instrumento.

### CLAÚSULA QUINTA– DA PROTEÇÃO DE DADOS

5.1. As Partes, por si e por seus colaboradores, obrigam-se, sempre que aplicável, a atuar no âmbito deste instrumento em conformidade com a legislação vigente sobre proteção de dados pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados ("legislação aplicável").

5.2. A SUBCONTRATANTE autoriza que a MAPFRE compartilhe com a ANUENTE e, vice e versa, as informações cadastrais/dados pessoais dos usuários para viabilizar e possibilitar a respectiva prestação dos serviços das assistências previstas no presente instrumento.

### CLÁUSULA SEXTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. As Partes ajustam que na hipótese de qualquer divergência ou conflito entre as disposições constantes nos regulamentos anexos e o presente termo de adesão, o disposto no termo de adesão prevalecerá.

6.2. A SUBCONTRATANTE, outorga, por este instrumento, expressos poderes à ANUENTE para representá-la, e às pessoas físicas relacionadas no anexo ou incluídas posteriormente, junto à MAPFRE, para adotar todas as medidas necessárias na relação contratual a qual competirá exclusivamente, alterar, rescindir, reformular ou renovar o presente instrumento.

6.3. A SUBCONTRATANTE, neste ato declara que leu e concorda com todos os termos acima mencionados e, por este motivo, firma o presente em caráter irrevogável e irretratável, obrigando-se em todas as condições.

E por estar justo e acordado, a SUBCONTRATANTE, firma o presente instrumento, em via única digital, reconhecendo como válida a assinatura eletrônica e seus efeitos de forma irrevogável, pelo que se declara como

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS



Cuidar  
para  
transformar

expressão da verdade e assina eletronicamente, através de seus contatos (e-mail ou telefone) informados, para dar autenticidade e reconhecer este documento com número de registro de LOG, tudo sob as penas da Lei.

O presente Termo passa a vigorar na data do início de vigência do Contrato de seguros Saúde firmado entre a SUBCONTRATANTE e ANUENTE.

Data Dois corregos, 21 de Novembro de 2022

---

SUBCONTRATANTE

S-880 V2 09/2022

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE SEGURO GARANTIA FUNERAL



Cuidar  
para  
transformar

UNIMED SEGURADORA S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 92.863.505/0001-06 e Inscrição Estadual Isenta, sediada na Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 – 7º ao 12º andar - Cerqueira César – CEP 01410-901 - São Paulo/SP, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente designada SEGURADORA,

DOIS CORREGOS CAMARA MUNICIPAL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 49.883.564/0001-09, sediada Avenida Dom Pedro I CEP 17300-000 – Estado SP UF SP, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante simplesmente designada SUBCONTRATANTE; e

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.487.255/0001-81, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 366 – Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP 01410-901 neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente ANUENTE.

Considerando que:

- i. A SUBESTIPULANTE firmou contrato de seguro saúde coletivo empresarial garantido pela ANUENTE com o intuito de garantir aos seus colaboradores uma melhor condição de saúde;
- ii. A SEGURADORA possui com a ANUENTE contrato de seguro de garantia funeral que garante à massa segurada a prestação do serviço de assistência ao sepultamento ou cremação, respeitado o limite da importância segurada, conforme o manual de assistência anexo, o qual é parte integrante do presente instrumento;
- iii. A SUBESTIPULANTE tem interesse em garantir aos seus colaboradores esta assistência;

As partes acima identificadas resolvem ajustar o presente Termo de Adesão ficando estipulado o seguinte:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente instrumento é regular os termos e condições da adesão da SUBESTIPULANTE ao contrato de seguro de garantia funeral firmado entre a SEGURADORA e a ANUENTE.

1.2. A SUBESTIPULANTE declara e confirma, por livre e espontânea vontade, a sua adesão ao contrato de seguro de garantia funeral firmado entre a SEGURADORA e a ANUENTE, figurando como subestipulante e representante da massa segurada, cujo objetivo é garantir aos seus colaboradores a prestação do serviço de assistência ao sepultamento ou cremação, respeitado o limite da importância segurada, conforme manual de assistência anexo ao presente instrumento.

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE SEGURO GARANTIA FUNERAL



Cuidar  
para  
transformar

1.3. A SUBESTIPULANTE requer, por consequência, a inclusão das pessoas físicas (seus colaboradores), relacionadas no anexo ao presente instrumento, na condição de segurados do contrato de seguro garantia funeral firmado entre a SEGURADORA e a ANUENTE.

1.3.1. A SUBESTIPULANTE poderá no decorrer da vigência do contrato de seguro de garantia funeral incluir novos segurados, de acordo com as regras de benefícios da SUBESTIPULANTE aos seus colaboradores.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO

2.1. Fica acordado entre as Partes que os serviços garantidos pela SEGURADORA à SUBESTIPULANTE relacionados no contrato de seguro garantia funeral serão remunerados pela ANUENTE em razão da parceria comercial existente entre ela e SUBESTIPULANTE.

### CLAUSULA TERCEIRA - DA ASSISTÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS

3.1. Em razão da adesão da SUBESTIPULANTE ao contrato de seguro garantia funeral firmado entre a SEGURADORA e a ANUENTE, a SUBESTIPULANTE neste ato, de acordo com o produto contratado, conforme descrito no TERMO DE ASSISTÊNCIAS, adquire a assistência vinculada a ele - assistência ao sepultamento ou cremação - em proveito de seus colaboradores, conforme condições contratuais anexa (manual da assistência) e declara conhecer os respectivos termos e condições contratuais, a ele aderindo integral e expressamente.

### CLAUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

4.1. Este instrumento vigorará pelo mesmo prazo de vigência do contrato de seguro saúde coletivo firmado entre a SUBESTIPULANTE e a ANUENTE, conforme exposto no considerando (i), sendo rescindido automaticamente com o fim de vigência, rescisão ou cancelamento do mesmo, independentemente do motivo, podendo, caso assim deseje, firmar um novo contrato com a SEGURADORA, mediante o estabelecimento de condições comerciais específicas.

4.2. As garantias e assistências previstas no presente instrumento ficarão automaticamente suspensas, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, caso tenha ocorrido a suspensão da cobertura do contrato de seguro saúde coletivo firmado entre SUBESTIPULANTE e a ANUENTE, sendo reabilitadas com a retomada da vigência do contrato de seguro saúde coletivo.

## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE SEGURO GARANTIA FUNERAL



Cuidar  
para  
transformar

4.3. O presente instrumento poderá ser resilido por qualquer das Partes, imotivadamente, mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

4.3.1. No período do aviso prévio para a rescisão contratual, as Partes contratantes deverão cumprir todas as suas obrigações, nas bases e condições deste instrumento.

### CLAÚSULA QUINTA – DA PROTEÇÃO DE DADOS

5.1. As Partes, por si e por seus colaboradores, obrigam-se, sempre que aplicável, a atuar no âmbito deste instrumento em conformidade com a legislação vigente sobre proteção de dados pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (“legislação aplicável”).

5.2. A SUBESTIPULANTE autoriza que a SEGURADORA compartilhe com a ANUENTE e, vice e versa, as informações cadastrais/dados pessoais dos usuários para viabilizar e possibilitar a respectiva prestação dos serviços das assistências previstas no presente instrumento.

### CLÁUSULA SEXTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. As Partes ajustam que na hipótese de qualquer divergência ou conflito entre as disposições constantes nos regulamentos anexos e o presente termo de adesão, o disposto no termo de adesão prevalecerá.

6.2. A SUBESTIPULANTE, outorga, por este instrumento, expressos poderes à ANUENTE para representá-la, e às pessoas físicas relacionadas no anexo ou incluídas posteriormente, junto à SEGURADORA, para adotar todas as medidas necessárias na relação contratual a qual competirá exclusivamente, alterar, rescindir, reformular ou renovar o presente instrumento.

6.3. A SUBESTIPULANTE, neste ato declara que leu e concorda com todos os termos acima mencionados e, por este motivo, firma o presente em caráter irrevogável e irretratável, obrigando-se em todas as condições.

E por estar justo e acordado, a SUBESTIPULANTE, firma o presente instrumento, em via única digital, reconhecendo como válida a assinatura eletrônica e seus efeitos de forma irrevogável, pelo que se declara como expressão da verdade e assina eletronicamente, através de seus contatos (e-mail ou telefone) informados, para dar autenticidade e reconhecer este documento com número de registro de LOG, tudo sob as penas da Lei.



## TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE SEGURO GARANTIA FUNERAL



Cuidar  
para  
transformar

O presente Termo passa a vigorar na data do início de vigência do Contrato de Seguro Saúde firmado entre SUBESTIPULANTE e ANUENTE.

Data Dois corregos, 21 de Novembro de 2022

---

SUBCONTRATANTE

S-881 V2 09/2022